



RASSEGNA STAMPA

27 marzo 2023



Associazione Coordinamento Ospedalità Privata
Via Cavour, 305
00184 Roma
Tel. 06/42016234
Mail: info@acopnazionale.it

Sommario Rassegna Stampa

Pagina	Testata	Data	Titolo	Pag.
Rubrica	Ospedalità privata, Cliniche, Case di cura			
	Ansa.it	27/03/2023	Acquaroli, esame Piano sociosanitario anche con sanità privata	3
	Basilicata24	27/03/2023	Vaccaro (UILP): "Sanità contratta in mano ad un'amministrazione inefficiente"	5
	Corriereadriatico.it	27/03/2023	Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»	7
	Corriereadriatico.it	27/03/2023	L'attacco del Pd marchigiano: «Visto? Sanità ai privati. Finalmente Acquaroli ha gettato la maschera»	10
	Cronache Di	27/03/2023	Pronto soccorso, sos personale	13
	Cuneodice.it	27/03/2023	"Con Cirio e Icardi sta avvenendo la privatizzazione di fatto della sanità in Piemonte"	15
	Ilfattoquotidiano.it	27/03/2023	Sanità lombarda, liste d'attesa record. Al San Raffaele per una cisti 1300 giorni, ma subito se paghi 7.500 euro: le piaghe del "sistema"	16
	ilmattinoquotidiano.it	27/03/2023	Sanità lucana, Zullino non ha dubbi: "Regna una condizione di assoluta precarietà"	21
	ilrestodelcarlino.it	27/03/2023	24 mar 2023 LUCIA GENTILI Cronaca Home Macerata Cronaca Attese infinite per una visita "Sempre più pazienti costretti a rivolgersi alla sanità privata" Attese infinite per una visita "Sempre più pazienti costretti a rivolgersi alla sanità pr	23
	La voce di Venezia	27/03/2023	Sanità in Veneto, Zaia: "Dire che agevoliamo i privati è dire una scemenza"	25
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Autonomia differenziata. Se il Ddl Calderoli sottace il tema cruciale della perequazione	27
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Fnopi: "Dal Ministro segnali positivi a sostegno degli infermieri"	31
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	In tutta Europa operatori sanitari in crisi: poco pagati, stressati e sempre più vecchi. Oms: "Intervenire subito o sanità andrà in tilt". Approvata la "Carta di Bucarest"	32
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	In tutta Europa operatori sanitari in crisi: poco pagati, stressati e sempre più vecchi. Oms: "Intervenire subito o sanità andrà in tilt". Approvata la "Carta di Bucarest"	36
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	La sanità è in emergenza ma non sarà con le proposte neoliberaliste del Terzo Polo che si salverà	40
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Onotri (Smi): "Servono soluzioni strutturali alla carenza di medici di famiglia e ospedalieri"	42
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Perché serve una riforma della sanità	43
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Personale Ssn. Schillaci: "Più incentivi a chi lavora in pronto soccorso e nelle specialità meno attrattive". E annuncia: "Limiti più stringenti per i medici a gettone"	46
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Strutture diagnostiche sanitarie private. Tar Campania dà l'ok a chi vuole ampliare dell'attività	48
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Strutture diagnostiche sanitarie private. Tar Campania dà l'ok a chi vuole ampliare dell'attività	49
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Trentino. La provincia integra risorse per oltre 17 milioni	53
	Quotidiano Sanità	27/03/2023	Vaccini. Dopo il confronto tra Ministero e Regioni arriva la nuova versione del Piano nazionale 2023-2025. Dal nuovo calendario al rafforzamento del territorio ecco tutte le novità	54
	ReportPistoia	27/03/2023	M5S: "Rsa di Vicofaro, sì della Giunta Tomasi a cementificazione e sanità privata"	57
	sassilive.it	27/03/2023	Sanità Privata in Basilicata, Consigliere regionale Cifarelli (PD): dal Presidente Bardi solo false promesse	58
	Termoli Online	27/03/2023	«Chi tocca gli interessi della sanità privata muore»	60

Sommario Rassegna Stampa

Pagina	Testata	Data	Titolo	Pag.
Rubrica Sanita'				
4	Il Sole 24 Ore	25/03/2023	<i>Payback: per le imprese sconto da oltre 1 miliardo e pagamenti a rate (M.Bartoloni)</i>	64
43/45	Corriere della Sera	26/03/2023	<i>Screening per i tumori. Adesioni ancora basse (V.Martinella)</i>	65
1+7	La Stampa	25/03/2023	<i>Ecco il decreto Schillaci. Arrivano 15mila medici (P.Russo)</i>	69
15	Il Giornale	25/03/2023	<i>Svolta per i farmaci: un Qr code al posto del bugiardino (D.Ferrara)</i>	71
10	Libero Quotidiano	25/03/2023	<i>L'Emilia rischia la bancarotta per i buchi fatti con la Schlein (A.Morigi)</i>	72
1+16	Il Fatto Quotidiano	25/03/2023	<i>Sui vaccini profitti di Big Pharma con soldi pubblici (A.Mantovani)</i>	74
1	La Verita'	27/03/2023	<i>Così Pfizer ha sovvenzionato i medici durante la pandemia (M.Loy)</i>	76
7	La Verita'	26/03/2023	<i>Nuovo piano vaccini senza Speranza: lode agli obblighi e dubbiosi schedati (A.Rico)</i>	79
16	La Verita'	25/03/2023	<i>Il trucco delle regole Ue sui pesticidi (F.Bertolini)</i>	80
17	La Verita'	25/03/2023	<i>Assistere i dipendenti a distanza: la telemedicina rivoluziona il welfare (I.Mangrano)</i>	81
	L'Espresso	27/03/2023	<i>Da Calenda a Berlusconi: la classifica degli onorevoli assenteisti</i>	82
60/65	L'Espresso	26/03/2023	<i>Pronto soccorso a gettone (G.Riva)</i>	85
1+10	Avvenire	25/03/2023	<i>Ricerca: hanno fatto più' gli Stati delle aziende (V.Salinario)</i>	91
	Corriereadriatico.it	27/03/2023	<i>Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»</i>	93
125/26	Io Donna (Corriere della Sera)	25/03/2023	<i>Il congedo e la terapia del dolore mestruale (E.Meli)</i>	96
Rubrica Prime pagine				
1	Il Sole 24 Ore	27/03/2023	<i>Prima pagina di lunedì' 27 marzo 2023</i>	98
1	Corriere della Sera	27/03/2023	<i>Prima pagina di lunedì' 27 marzo 2023</i>	99
1	L'Economia (Corriere della Sera)	27/03/2023	<i>Prima pagina di lunedì' 27 marzo 2023</i>	100
1	La Repubblica	27/03/2023	<i>Prima pagina di lunedì' 27 marzo 2023</i>	101
1	Affari&Finanza (La Repubblica)	27/03/2023	<i>Prima pagina di lunedì' 27 marzo 2023</i>	102
1	La Stampa	27/03/2023	<i>Prima pagina di lunedì' 27 marzo 2023</i>	103
1	Il Giornale	27/03/2023	<i>Prima pagina di lunedì' 27 marzo 2023</i>	104
1	Login (Corriere della Sera)	27/03/2023	<i>Prima pagina di lunedì' 27 marzo 2023</i>	105

Vola in Italia con ITA Airways

ITA.IT

Acquaroli, esame Piano sociosanitario anche con sanità privata

Prima erano sfornate le spese ma senza impatto su liste d'attesa



Spumante Brut Metodo Classico Edition I Astuccio

€ 25

20:53 22 marzo 2023- NEWS - F

Video Ansa tra 2 secondi



© 2023 Sony Interactive Entertainment LLC.
"PlayStation Family Mark", "PlayStation", "PlayStation Shapes Logo", "Play Has No Limits" e "PS logo" sono marchi o marchi registrati di Sony Interactive Entertainment Inc.

ANSA Marche

(ANSA) - ANCONA, 22 MAR - "Dalla scorsa settimana è iniziata la presentazione del nuovo piano socio sanitario, una proposta che mira a superare le criticità del sistema attuale e che, prima di essere approvata in Giunta, sarà oggetto di confronto con tutti gli attori e i soggetti direttamente e indirettamente coinvolti, anche della sanità privata".

Lo annuncia il presidente della Regione Marche Francesco Acquaroli su facebook.

Sponsored By

"Tra le numerose questioni prioritarie che si tratteranno - scrive -, come la medicina del territorio, le liste d'attesa, le reti cliniche e l'appropriatezza delle prestazioni, ci sarà anche il ruolo del privato, che in passato nella nostra regione ha avuto un impatto molto importante. Nonostante ciò le Marche hanno sempre visto un saldo della mobilità passiva molto negativo. Al nostro insediamento - prosegue - abbiamo trovato un paradosso che vogliamo superare con la nuova programmazione.

Infatti, la spesa per gli erogatori privati aveva sfiorato i tetti previsti, senza però che l'impatto sulle liste d'attesa fosse risolutivo. Per questo fino ad oggi ogni tipo di discussione non è stata proprio possibile, in quanto i margini di operatività erano azzerati dalla situazione ereditata. Ora però vogliamo aprire una nuova fase, nella quale ciascuno per il suo ruolo potrà dare il contributo utile ad erogare i servizi necessari". (ANSA).

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Video Ansa tra 2 secondi



CONDIVIDI

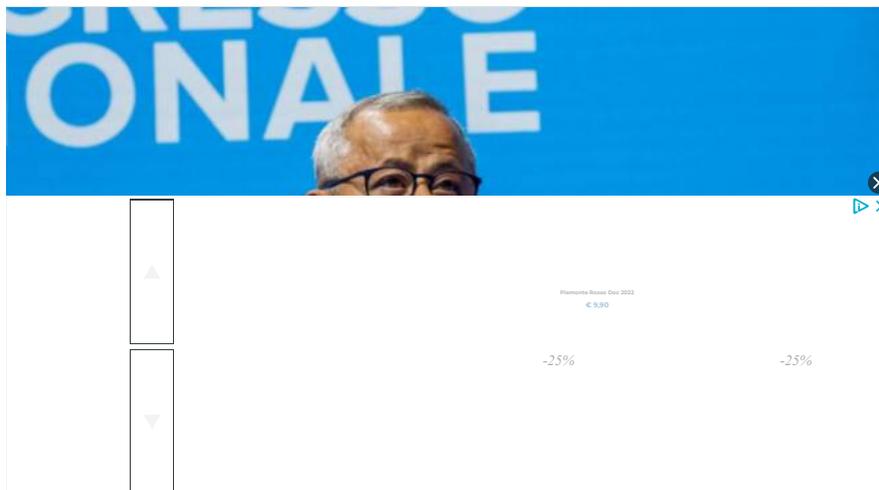


SALUTE

Vaccaro (UILP): "Sanità contratta in mano ad un'amministrazione inefficiente"

"A rischio 40 milioni del pnrr per l'assistenza domiciliare integrata. E con il nuovo piano operativo territoriale distretti depotenziati"

di Redazione - 24 Marzo 2023 - 12:26



Ascolta questo articolo ora...

"Una sanità contratta in mano ad un'amministrazione inefficiente e miope. Un bubbone sociale che rischia di portare il sistema al collasso, con anziani e fragili privati dei servizi fondamentali come l'assistenza domiciliare integrata, e buona parte dei cittadini invogliati ad affidarsi alle cure e ai servizi degli ospedali pugliesi, piuttosto che lombardi, emiliani o romani. Ma non lucani". Il segretario della Uil Pensionati di Basilicata, Carmine Vaccaro, torna a sollecitare attenzione da parte dell'amministrazione regionale relativamente allo "stato di salute" di un comparto, come quello sanitario, che rappresenta uno dei fattori principali del benessere delle comunità.

Raccomandato da 

"In assenza di una sanità adeguata e in grado di soddisfare i bisogni dei cittadini, nonostante le opportunità offerte dal Pnrr, tutto il resto non conta, sono chiacchiere elettorali. Il bonus gas – prosegue Vaccaro – mi viene da pensare si stato solo un palliativo per spostare l'attenzione su altro, mettendo sotto il tappeto tutte le reali criticità. Assenza di un Piano sanitario, atteso e promesso da Bardi e Leone, (poi da Fanelli) da quattro anni. La bozza dell'Agenas in quale cassetto è stata sigillata? Liste d'attesa infinite, problemi per i dializzati nel Materano, questioni in sospeso come pure i pagamenti con la sanità privata e adesso un'altra tegola. Il rischio di perdere 40 milioni di euro destinate alla Basilicata per l'assistenza domiciliare integrata nell'ambito della Missione 6 del Pnrr. Si perché a meno di una settimana dalla scadenza del termine l'obiettivo non è stato raggiunto. L'adeguamento alla direttiva europea sui modelli di assistenza domiciliare integrata è rimasto lettera morta. L'obiettivo fissato dalla direttiva punta a rafforzare i servizi territoriali attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità (case della Comunità) e il potenziamento delle cure a domicilio, fissando il livello di copertura al 10% degli over 65. Ancora una volta la giunta regionale guidata da Vito Bardi ha dato spettacolo della sua incapacità nella programmazione gestione delle risorse. Nello specifico quei fondi assegnati alla Basilicata per i prossimi tre anni non potranno essere utilizzati perché l'amministrazione regionale non ha attivato alcun regolamento per disciplinare il comparto. Vale a dire tutti quegli enti e quei soggetti che attendono di essere autorizzati ed accreditati per svolgere il servizio di cure domiciliari non potranno farlo. Questo nonostante la legge che disciplina la normativa sia entrata in vigore dal primo gennaio 2021 e l'Intesa Stato regioni risalga al 4 agosto 2021, occasione in cui i rappresentanti dell'ente di Viale Verrastro apposero la loro firma".

"L'intesa -prosegue Vaccaro – ha individuato un termine ultimo, il 30 marzo 2023, per il definitivo passaggio di tutte le regioni al nuovo modello di erogazione delle cure domiciliari. A far data da agosto 2021 quasi tutte hanno dato attuazione all'iter, disciplinando le procedure di autorizzazione e accreditamento. Solo Basilicata, Calabria, Molise, Valle d'Aosta e Trentino sono risultate inadempienti. Non avendo attivato la procedura ne consegue lo sbarramento all'accesso per gli operatori, ma soprattutto ripercussioni

gravi sull'utenza bisognosa della prestazione. In questa dimensione si rischia di far naufragare il conseguimento dell'ingente mole di risorse che il Pnrr, nella sistemazione dell'assistenza sanitaria (sempre più indirizzata a mitigare l'accesso alle strutture ospedaliere) destina all'attuazione delle cure domiciliari.

E su questa linea voglio fare un'ultima osservazione. Il Consiglio regionale su proposta della giunta, nell'ultima seduta di giovedì, ha approvato il cosiddetto Piano operativo territoriale, concepito proprio in linea con il Pnrr. Tra gli obiettivi: stimolare il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza ma anche favorire la prossimità e l'appropriatezza dell'assistenza. Nel Piano approvato si passa dai 9 distretti di prima ai 6 di oggi. Mi chiede se tutto ciò abbia un senso- conclude Vaccaro- Invece di smistare e potenziare l'assistenza sui territori, la si depotenzia. L'ottica del Pnrr va proprio nella direzione opposta: stimolare i presidi sui territori, per alleggerire il carico d'utenza negli ospedali".

Accedi all'app corriereadriatico.it con le credenziali Google

M Marianna Lavoro
mrianna.lavoro@gmail.com

M Michele Vietti
michelevietti.lavoro@gmail.com

Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»

Il governatore tranchant contro i dem: «Credevo estinto l'analfabetismo. Accusano me di quello che hanno sempre fatto con affidamenti diretti»



Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»

© 3 Minuti di Lettura

Sabato 25 Marzo 2023, 03:20 - Ultimo aggiornamento: 15:19

Condividi

Ascolta questo articolo ora...

ANCONA - Il tema è di quelli che scottano. A tal punto che il botta e risposta tra le parti si è fatto incandescente. Il caso dell'intervento del privato nella sanità pubblica per accorciare i tempi di attesa e limitare la mobilità passiva - sollevato mercoledì dal Corriere Adriatico con un'intervista al presidente di Aiop Marche Enrico Brizioli - continua a tenere banco. E dopo la bordata del Pd contro la Regione - «hanno gettato la maschera, si va verso un modello in cui solo chi paga sarà curato» - è di nuovo il governatore Francesco Acquaroli ad entrare a gamba tesa nella discussione.

TV



Gianni Morandi in concerto ad Ancona, palas tutto esaurito

L'ALLEANZA



Non solo Amazon, c'è lo scatto del Polo intermodale: «Uniti per rilanciare le Marche» Protocollo d'intesa per integrare porto, aeroporto e interporto

LA MOSTRA

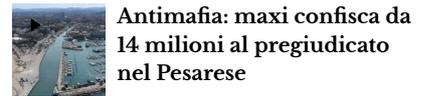
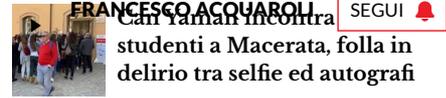


Il curatore Nicosia esalta le Marche a Roma: «Quanti geni in una regione». L'esposizione occupa 57 padiglioni

IL RINVIO



Nomine dei direttori Ast, la Commissione è da rifare. Può anche slittare tutto a maggio



Can Yaman incontra studenti a Macerata, folla in delirio tra selfie ed autografi

Antimafia: maxi confisca da 14 milioni al pregiudicato nel Pesarese

"Harry Potter" aspetta un figlio, l'annuncio dell'attore Daniel Radcliffe

Il post

Scopri di più su
promo
Talenti Impreme

adv

«Non sorprende - scriveva ieri sul suo profilo Facebook - che queste mistificazioni vengano da chi ha sempre fatto affidamenti diretti ai privati, sfiorando i tetti di spesa senza effetti risolutivi sulle liste di attesa e sulla mobilità passiva. In sostanza accusano me di quello che hanno sempre fatto». Mira ad alzo zero: «Chi parla mente palesemente perché non ha altre argomentazioni». E conclude caustico: «Saper leggere è un requisito essenziale e in Italia credevo ormai estinto l'analfabetismo». Tranchant. L'inedito Acquaroli al vetriolo conclude poi la riflessione con quella che è la sua impostazione della sanità. «La nostra riforma non darà più spazio ai privati, ma ci sarà una riqualificazione della committenza pubblica, un riequilibrio territoriale e soprattutto ci saranno - novità assoluta nella nostra Regione - le gare ad evidenza pubblica in attuazione del principio di concorrenza».

I precedenti

- DELLA STESSA SEZIONE



Risonanze magnetiche e colonscopie, incubo liste d'attesa. La Regione ha una mappa precisa

Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»

di Martina Marinangeli



L'INTERVISTA

L'assessore Saltamartini: «Io scomodo? Sì, ma non mi fermo. Pretendo una sanità che funzioni»

di Maria Teresa Bianciardi



I CONSIGLI

Vacanze-lampo e ponti, quante occasioni al volo. Partenze dal Sanzio: ecco destinazioni e prezzi

di Veronique Angeletti



VOGLIA DI VACANZE

Il treno notturno per Vienna a giugno da Ancona e Pesaro: ecco quanto costerà



IL SETTORE

Il bio marchigiano ancora più smart, presentato il progetto Si-Riparte

MARCHE

CorriereAdriatico

FRANCESCO ACQUAROLI

SEGUI 

Il vaso di Pandora del ricorso alla sanità privata per sopperire alle carenze del pubblico era stato scoperto mercoledì da Brizioli, che lamentava una mancata interlocuzione con la Regione. Pronta la rassicurazione di Acquaroli: «Tra le numerose questioni che si tratteranno, ci sarà anche il ruolo del privato». Parole su cui si è innestata la polemica politica. Con strascico infinito: «Il primo argomento di cui parla ribattendo al nostro intervento in questo ambito, dopo il silenzio di quasi 2 anni e mezzo da presidente, è la sanità privata e non, magari, il problema delle liste d'attesa», la controreplica del consigliere dem Romano Carancini. La saga continua (?).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Condividi 

POTREBBE INTERESSARTI

Raccomandato da 

AD

AD

Rum Reserva Exclusiva Gift Box Old Fashioned Kit

€ 195,50
TANNICO

AD

Cerasuolo D Abruzzo Doc 2021

€ 42,60
TANNICO

AD

Spumante Brut Metodo Classico Edition I Astuccio

TANNICO

AD

Clarks Sneakers - Cantal Low Misto blu navy

Clarks Sneakers Misto blu navy Cantal
Low Il profilo rilassato della sneaker...
Clarks IT

AD

— MoltoFood —



Marcel Boum, l'integrazione passa dalla tavola

— GUIDA ALLO SHOPPING —



Gewürztraminer: come scegliere il migliore tra le diverse cantine di origine trentina e friulana?

LE PIÙ LETTE

LA FORTUNA

1 Centrato il "sei" da 73 milioni di euro al SuperEnalotto con una giocata on line: è la prima volta

LO CHOC

2 Tragico incidente, Davide non ce l'ha fatta: muore a 24 anni dopo lo scontro con un'auto

OSIMO

3 «Nonnino esibizionista sul Tiramisù»: l'allarme di una mamma scatena i social
di Giacomo Quattrini

L'attacco del Pd marchigiano: «Visto? Sanità ai privati. Finalmente Acquaroli ha gettato la maschera»



di *Lorenzo Sconocchini*

⌚ 3 Minuti di Lettura

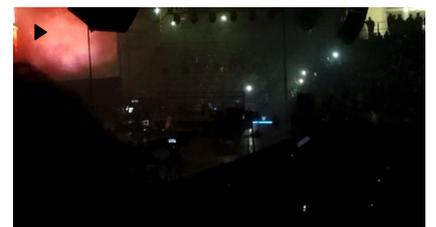
Venerdì 24 Marzo 2023, 03:30 - Ultimo aggiornamento: 25 Marzo, 07:30

Condividi

Ascolta questo articolo ora...

ANCONA Le rassicurazioni date a un rappresentante di primo piano della sanità privata, che sul nostro giornale lo pungolava parlando di scarsa collaborazione su come tagliare le liste d'attesa, attira sul governatore Francesco Acquaroli il tiro incrociato dell'opposizione. «Finalmente il centrodestra ha gettato la maschera», ironizzano i consiglieri regionali del Pd Maurizio Mangialardi (capogruppo) e Romano Carancini, mentre la capogruppo dei Cinque Stelle Marta Ruggeri contrattacca con una proposta di legge mirata a limitare il ricorso alle cooperative private nei pronto soccorso. Come? Raddoppiando le tariffe «per i medici disponibili a garantire le

TV



Gianni Morandi in concerto ad Ancona, palas tutto esaurito

MARCHE **CorriereAdriatico** attività aggiuntive dell'emergenza urgente in ordine al servizio ordinario», cercando così di ridurre «il ricorso al personale esterno delle cooperative, che costa il triplo».

— APPROFONDIMENTI —



LA MOSTRA

Il curatore Nicosia esalta le Marche a Roma: «Quanti geni in una regione». L'esposizione occupa 57 padiglioni

L'intervista

adv

**Pacchetto Arr
incluso**
Syntonia Palace

Tutto era iniziato mercoledì mattina, quando sul Corriere Adriatico, a corredo di un servizio sulle prestazioni sanitarie specialistiche saltate dagli utenti per le attese eccessive, esce un'intervista al presidente dell'Aiop (Associazione Ospedalità Privata) Marche Enrico Brizioli, che si lamenta di una scarsa interlocuzione con Palazzo Raffaello su liste di attesa e mobilità passiva. Acquaroli legge le critiche e affida una replica ai suoi canali social, per precisare i contorni della sanità marchigiana post riforma. «Tra le numerose questioni prioritarie che si tratteranno, come la medicina del territorio, le liste d'attesa, le reti cliniche e l'appropriatezza delle prestazioni, ci sarà anche il ruolo del privato - parole di Acquaroli -, che in passato nella nostra regione ha avuto un impatto molto importante». Per i democrat, l'uscita del presidente della giunta regionale vale come una confessione. «Questa volta nessuno potrà dire che si tratta di una illazione dell'opposizione - scrivono Mangialardi e Carancini, componenti della commissione Sanità e Politiche sociali -. Ad annunciare sulla propria pagina Facebook una



Can Yaman incontra gli studenti a Macerata, folla in delirio tra selfie ed autografi



Antimafia: maxi confisca da 14 milioni al pregiudicato nel Pesarese



"Harry Potter" aspetta un figlio, l'annuncio dell'attore Daniel Radcliffe

— DELLA STESSA SEZIONE —



Risonanze magnetiche e colonscopie, incubo liste d'attesa. La Regione ha una mappa precisa

Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»

di *Martina Marinangeli*



L'INTERVISTA

L'assessore Saltamartini: «Io scomodo? Sì, ma non mi fermo. Pretendo una sanità che funzioni»

di *Maria Teresa Bianciardi*



I CONSIGLI

Vacanze-lampo e ponti, quante occasioni al volo. Partenze dal Sanzio: ecco destinazioni e prezzi

di *Véronique Angeletti*



VOGLIA DI VACANZE

Il treno notturno per Vienna a giugno da Ancona e Pesaro: ecco quanto costerà



IL SETTORE

Il bio marchigiano ancora più smart, presentato il progetto Si-Riparte

MARCHE riforma della sanità marchigiana dove il privato è stato il più larghissimi spazi è stato lo stesso presidente Acquaroli». Per il Pd il centrodestra «cala la maschera, quella che durante la campagna elettorale delle regionali del 2020 aveva indossato per attaccare ferocemente, e in alcuni casi persino calunniare, l'Amministrazione di centrosinistra, accusata di aver privatizzato il sistema sanitario regionale».

Il fallimento

Le intenzioni svelate dal governatore, per i democrat, confermerebbero ciò che loro denunciavano già agli albori della giunta Acquaroli, «ovvero che con la destra al governo, la Regione Marche si sarebbe avviata verso un modello sanitario profondamente iniquo, dove solo chi può permetterselo economicamente riuscirà a curarsi e a ricevere le migliori prestazioni, come avviene già da anni in Regioni come la Lombardia e il Veneto». L'uscita del presidente Acquaroli, per i consiglieri Pd «testimonia l'inesorabile fallimento della politica sanitaria della destra».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Condividi

POTREBBE INTERESSARTI

Raccomandato da Outbrain

AD

AD

Spumante Brut Metodo Classico Edition I Astuccio

TANNICO



In vendita per 3 milioni di euro un hotel sulla costiera cilentana con spiaggia privata

Idealista

Clarks Sneakers - Bratton Lo Pelle scamosciata Blu navy

Clarks Sneakers Pelle scamosciata Blu navy Bratton Lo Grazie alla scarpa...

Clarks IT

AD

Škoda Fabia. Con l'Autocromia di Škoda trovi l'auto perfetta per te.

Škoda

MoltoFood



Marcel Boum, l'integrazione passa dalla tavola

GUIDA ALLO SHOPPING



Piumino da donna, quale scegliere durante il "grande inverno"?

LE PIÙ LETTE

LA FORTUNA

1 Centrato il "sei" da 73 milioni di euro al SuperEnalotto con una giocata on line: è la prima volta

LO CHOC

2 Tragico incidente, Davide non ce l'ha fatta: muore a 24 anni dopo lo scontro con un'auto

OSIMO

Pronto soccorso, sos personale

Di Renato Casella - 25 Marzo 2023



Pronto soccorso, sos personale

CASERTA – I posti di pronto soccorso al collasso in Campania. Nei principali ospedali della Regione gli organici sono assolutamente insufficienti a fronteggiare l'afflusso di pazienti e gli ospedali di comunità (che dovrebbero ridurre almeno gli accessi di pazienti cronici) richiederanno anni per essere pronti. All'ospedale Cardarelli di Napoli lavorano 120 persone nel reparto di emergenza, ma ne servirebbero almeno 250 per i 150-200 accessi al giorno che la struttura deve fronteggiare. All'Ospedale del mare ci sono 55 infermieri, ma ne servirebbero 60. Non va meglio all'azienda ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta: in base alla pianta organica, il pronto soccorso dovrebbe avere 22 medici oltre al dirigente del reparto, ma ce ne sono 18 che fra pochi giorni diventeranno 15 perché 3 sono in partenza.

Concorsi poco "attraattivi"

La Regione Campania non riesce a rendere attrattivi i concorsi, con il risultato che diversi aspiranti presentano domanda, ma poi non si presentano alle selezioni, oppure, dopo averle superate, vanno via non appena trovano reparti meno usuranti. O ancora optano per la sanità privata, che di fatto è da sempre favorita sulla pubblica: si veda l'accordo con le cliniche private per i posti letto in emergenza Covid, accolto da polemiche e preso di mira anche dalla Corte dei conti. Basti pensare che il pronto soccorso dell'ospedale di Santa Maria Capua Vetere, chiuso perché il nosocomio è stato dedicato al Covid nel periodo dell'emergenza, non riapre per mancanza di medici.

Gli ospedali di comunità

L'apertura di ospedali di comunità e case di comunità è programmata proprio per alleggerire i posti di pronto soccorso. Il programma presentato un anno fa dal presidente della Regione prevede la realizzazione di 169 case della comunità, 45 ospedali della comunità e 58 centrali operative territoriali. Il tutto per un investimento di oltre 380 milioni di euro, parzialmente coperto dai fondi del Piano nazionale di ripresa, e con tempi di realizzazione di tre anni. Il problema, come ammesso dallo stesso governatore, è trovare il personale necessario.

Le case della comunità sono strutture polivalenti di assistenza primaria e specialistica in grado di erogare anche prestazioni sociosanitarie. Vi verrebbero svolti screening diabetologici e oncologici, ma potrebbero diventare anche un punto di prelievo e di vaccinazione. Negli ospedali di comunità sarebbero ricoverati pazienti che richiedono cure a basse intensità, ovvero a breve degenza. La strategia è volta a ridurre gli accessi al pronto soccorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Renato Casella

CUNEO - venerdì 24 marzo 2023, 11:09

"Con Cirio e Icardi sta avvenendo la privatizzazione di fatto della sanità in Piemonte"

La segreteria provinciale del Partito Democratico: "Solo tra il 2021 e il 2022 l'attività della sanità privata in Piemonte è cresciuta di circa il 10 per cento"



Riceviamo e pubblichiamo.

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”, così recita l'art. 32 della nostra Costituzione, che fu attuata con l'istituzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale. Ma questo principio è messo in discussione da 4 anni di decisioni politiche che, al di là dei proclami, non sembrano fare nulla per garantirlo.

Una situazione impietosamente fotografata da due articoli de “La Stampa” (Chiara Viglietti, edizione di Cuneo del 23/3; Alessandro Mondo, edizione di Torino del 16/3): una parte crescente della popolazione deve ricorrere alla sanità privata perché i servizi pubblici, depauperati dai tagli, non sono in grado di rispondere in tempi adeguati ai bisogni di salute. Solo tra il 2021 e il 2022 l'attività della sanità privata in Piemonte è cresciuta di circa il 10%.

In questo contesto, le dichiarazioni del Presidente Cirio e dell'Assessore Icardi, che qualche settimana fa hanno enfatizzato la riduzione dei tempi d'attesa medi da 38 giorni del 2018 ai 37 attuali, appaiono quindi uno specchietto per le allodole.

Come hanno dimostrato i Consiglieri regionali del PD, questi dati sono falsati dal numero di cittadini che non riescono neppure a prenotare le prestazioni e quindi non risultano in lista d'attesa. Come hanno sottolineato il Segretario regionale del PD Domenico Rossi il Consigliere regionale PD Daniele Valle, vicepresidente del Consiglio regionale, “Di straordinario ci sono solo gli affari che stanno facendo i privati”.

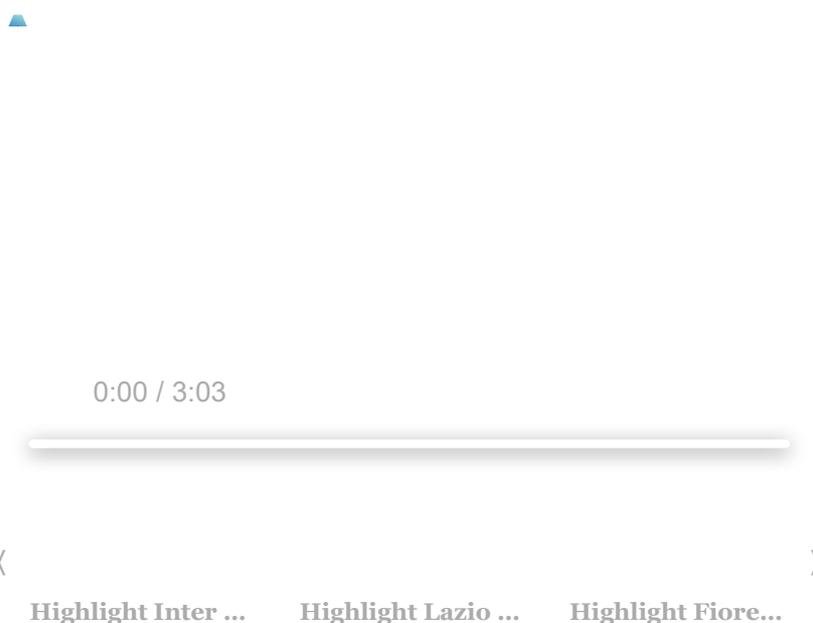
cord. Al San Raffaele per una cisti 1300 euro: le piaghe del “sistema”



Infinite promesse elettorali che s’infrangono su due numeri: **1300 giorni d’attesa** (col servizio sanitario nazionale), zero (pagando 7.500 euro). Giorni e soldi che separano la signora Aurelia da un intervento di colecistectomia al **San Raffaele di Milano**, l’ospedale forse più famoso della Lombardia, fiore all’occhiello del Gruppo San Donato, il più grande della sanità privata italiana. Sembrava un errore, un attesa oltre ogni immaginazione quel dato emerso da una telefonata in diretta a “37e2”, la trasmissione di **Vittorio Agnoletto** su *Radio Popolare*. Viene poi confermato dalla struttura sanitaria. Il racconto somiglia ad altri, a parte il computo dei giorni che polverizza i record precedente. “Ad agosto 2020 – racconta l’ascoltatrice – ho avuto il primo episodio di coliche biliari e

sono andata al Pronto Soccorso del San Raffaele, ma per via della pandemia ad ottobre vengo messa in lista d'attesa, senza però una data precisa, per l'intervento di colecistectomia. I miei calcoli, di oltre un cm, non si possono sciogliere in nessun modo. Da allora ogni 6 mesi mi sottopongo a controlli, ma ancora nessuna data è prevista per l'intervento. Io continuo a stare male, continue fitte, dolori, nausea, vomito, nonostante il cambiamento di regime alimentare. Fino a quando a gennaio 2023 ho detto basta, non ce la faccio più: ho chiamato il San Raffaele e ho chiesto a che punto era la lista d'attesa, e mi hanno detto che c'era da aspettare ancora tantissimo tempo. Allora ho chiesto quanto era l'attesa per un intervento a pagamento: mi è stato risposto oralmente che i tempi di attesa a pagamento non ce ne sono **e che il costo era di 7.500 euro!** A quel punto mi sono fermata perché non è giusto che un cittadino onesto, che paga le tasse non abbia diritto a un servizio sanitario pubblico che funzioni”.

Canale digitale ufficiale Lega Serie A



Pubblicità

Agnoletto ne chiede conto all'assessore **Guido Bertolaso** invitandolo ad intervenire in trasmissione “ma nessuna risposta ci è arrivata, silenzio totale: ci chiediamo quali siano gli interventi urgenti e concreti che la Regione sta programmando per abbattere queste liste d’attesa assurde, causa di enormi disagi per la popolazione, visto che era un obiettivo posto al centro della campagna elettorale del presidente Fontana”. La domanda trae forza da un dato di fatto, che è la conferma poi arrivata dal San Raffaele. “La lista di attesa per l’intervento di colecistectomia (videolaparocolecistectomia o VLC) è riportata nelle tabelle pubbliche sul sito di Ospedale San Raffaele ed è al momento di 1300 giorni. Per questo specifico intervento, come per altri, la lista di attesa risente ancora dei ritardi causati dalla pandemia, che ha costretto l’Ospedale San Raffaele a **interrompere per diversi mesi**, tutti gli interventi in elezione. L’intervento di colecistectomia è un intervento programmabile che non ha carattere di urgenza. L’Ospedale San Raffaele fa presente che la lista di attesa dà sempre precedenza alle patologie che rivestono carattere di emergenza/urgenza”.

Nella lista si possono infatti rintracciare altri record negativi, come i **1395 giorni** per un ricovero di ortopedia pediatrica e fino ai 1700, **quattro anni e sei mesi**, per un intervento **laser alla prostata**. Ma sono numeri da prendere con le pinze, perché il sistema di prenotazione della Regione indica dove la prestazione viene garantita prima. E' quando la si pretende da una struttura specifica, magari vicino a casa, che il rischio calende greche diventa certezza. E infatti, per legge, se le Ats di riferimento non garantiscono la prestazione entro i termini indicati sulla ricetta il cittadino ha diritto al trattamento in regime privato al solo costo del ticket: e chi lo ha mai sentito? E infatti il problema non si limita certo al San Raffaele, che fa sempre notizia e non solo per meriti propri ma anche perché avvengono pur sempre sotto la “cupola dello scandalo” , quello della politica lombarda che fa fiore la sanità privata desertificando quella pubblica. Ma se le liste d'attesa sono il metro, non è che altrove le cose vadano meglio: per una Tac al torace al **Gaetano Pini**, ad esempio, si deve attendere 243 giorni contro i 60 indicati come tempo medio, 180 se vai al **Buzzi**.

Pubblicità

Pubblicità

Lo scandalo, piuttosto, è allora (e ancora) **tutto politico**. E' nel diluvio di promesse che si sentono scrociare da decenni e ancora oggi. Il 24 gennaio **Attilio Fontana**, vale a dire a 16 giorni dal voto, si impegnava solennemente davanti agli elettori: “Il mio primo atto sarà ridurre le liste d’attesa”. Come non avesse avuto cinque anni di tempo per farlo, o il centrodestra di cui era ancora candidato ben 28, oltre un quarto di secolo, perché da tanto governa Regione Lombardia, dove la sanità è un mito di cartapesta, fatto di rotoli di liste d’attesa che anche **Letizia Moratti**, ex assessore e candidata civica col Terzo Polo, prometteva di sciogliere: “Il mio primo atto? Più risorse per tagliare le liste d’attesa”.

Pubblicità

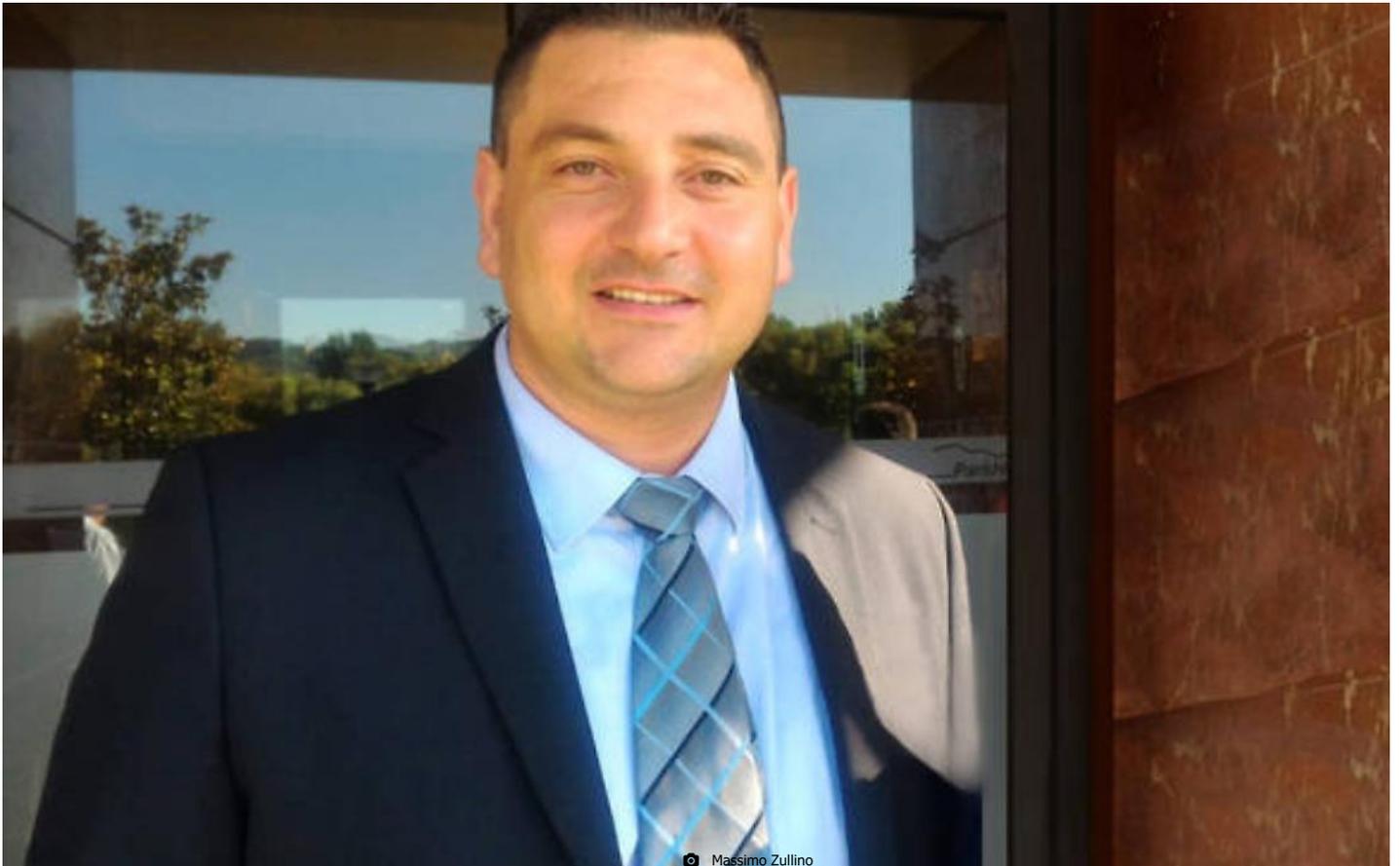
Ma il tema, lo sanno anche i sassi, non è solo di risorse ma anche di **efficienza** che resta appesa sulle bocche dei politici lombardi. Restiamo allora alle liste. Bertolaso, confermato nel ruolo di assessore alla Salute nella nuova giunta, a dicembre aveva annunciato che gli uffici dell’assessorato stavano lavorando a una **piattaforma unica regionale** che mettesse insieme tutte le agende di tutti gli enti, che siano strutture pubbliche o private in modo che il cittadino possa accedere e scegliere, ma anche controllare sforzi e risultati nel ridurre le loro attese. Perché, signori e signori, sembra incredibile ma nel 2023 ancora non c’è. L’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ha strutturato un database con le liste d’attesa delle strutture, ma spesso porta a risultati inesistenti: manca tra l’altro la pagina dell’Ospedale Niguarda, tra i più grandi d’Europa, che annuncia il monitoraggio ma non offre alcun documento, “il link attualmente non è censito” avverte la pagina del “Monzino”. Siamo “in attesa” delle liste d’attesa.

SANITÀ LUCANA

Sanità lucana, Zullino non ha dubbi: "Regna una condizione di assoluta precarietà"

IL MATTINO DI BASILICATA
basilicata@ilmattinodifoggia.it

23.03.2023 - 16:52



"Sono oramai infinite le anomalie di dubbia legittimità relative alla gestione della sanità lucana che colpiscono esclusivamente la comunità di Basilicata. Sono mesi che denunciavamo questi problemi presenti nel territorio lucano, pertanto, ci auguriamo che chi di dovere possa fare definitivamente chiarezza su una situazione che appare con troppe ombre e pochissima luce". commento del capogruppo di "Basilicata Oltre", Massimo Zullino dopo la recente segnalazione da parte della Cisl Medici Basilicata, sulla "discutibile" gestione sanitaria regionale, indirizzata al presidente del Consiglio dei Ministri, ai ministri della Sanità e della Pubblica amministrazione, nonché alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Potenza e alla Procura regionale della Corte dei Conti. "Regna incredibilmente una condizione di assoluta precarietà delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie lucane, dettata da determinate scelte che non si basano su elementi oggettivi, come ad esempio le ultime nomine \sostituzioni dei direttori generali o ancora i numerosi atti che risultano decisamente difformi rispetto a quanto dalle disposizioni di legge e dalle norme contrattuali vigenti. Per non parlare degli equilibri finanziari delle aziende sanitarie

oltre ai ritardi con cui alcune Asl hanno chiuso i loro bilanci di esercizio 2021 (violazione di legge), si rilevano disavanzi di milioni di euro di cui nessuno si assume le responsabilità. La sanità lucana non riesce più a rispondere ai bisogni della comunità. Il principale colpevole di questo grave fallimento è esclusivamente il presidente della Regione, Vito Bardi, il quale è concentrato solo sulla sua rielezione e sta dimostrando come sia disposto a tutto per raggiungere questo obiettivo, anche a crollare definitivamente il servizio sanitario regionale. Occorre intervenire rapidamente in maniera seria e concreta sull'attuale presidente, allontanando chi sta danneggiando il comparto. Non possiamo più attendere un ripensamento della sanità regionale, ma dobbiamo intervenire per soddisfare le esigenze dei lucani. Bardi ha chiaramente fallito ed è giusto che si faccia da parte, prima che sia troppo tardi.

[Home](#) > [Macerata](#) > [Cronaca](#) > [Attese infinite per una visita "Sempre più pazienti ...](#)

Attese infinite per una visita "Sempre più pazienti costretti a rivolgersi alla sanità privata"

L'allarme dei medici di base: problema annoso, ma negli ultimi tempi la situazione è peggiorata "La gente ormai è rassegnata. Chi non può permettersi di pagare rinuncia a fare gli esami".



Attese infinite per una visita "Sempre più pazienti costretti a rivolgersi alla sanità privata"

di Lucia Gentili

"Un problema annoso", anche secondo i medici di base, quello delle liste d'attesa in sanità, che è peggiorato con la pandemia. I medici di medicina generale da tempo ascoltano le lamentele di pazienti che, per fare esami e visite specialistiche, devono aspettare mesi se non

Cronaca Attese infinite per una visita "Sempre più pazienti costretti a rivolgersi alla sanità privata"

allungano. È pur vero che, inserendo l'urgenza nell'impegnativa, l'attesa diminuisce. Ma la criticità resta per chi ad esempio deve controllare periodicamente alcune patologie. Ora la maggior parte dei pazienti si vede costretta a rivolgersi alla sanità privata, a pagamento. Al privato dovrebbe rivolgersi una parte residuale, e invece si rivolge la maggior parte della gente. E questo non è giusto, ne fa le spese chi ha meno possibilità economiche". "Il problema è annoso – aggiunge il collega Tommaso Claudio Corvatta di Civitanova –, e tendenzialmente è peggiorato. Durante il Covid sono aumentati i ritardi e il personale è diminuito. Dalle università, a numero chiuso, escono meno dottori. Molti hanno approfittato di Quota 100 e ci sono stati parecchi prepensionamenti. Questo ha reso la situazione ancora più pesante. La suddivisione in province rischia di provocare una compartimentazione maggiore, a fronte di una minore mobilità di pazienti e medici". "Le persone ormai si sono rassegnate a fare le visite a pagamento – interviene il dottor Fabrizio Paparoni, coordinatore di equipe territoriale per San GinesioSarnano –. Sono abituate a sentirsi rispondere o che la lista è lunga o che non possono prendere appuntamento perché non è ancora aperta la lista delle prenotazioni. Chi non può permetterselo, non fa la visita. Servono più medici e più tecnici. Da anni l'ecografia all'addome viene fatta da tanti a pagamento: il problema, datato, ora si è acuitizzato. E la popolazione reagisce con rassegnazione. In Francia la reazione sarebbe stata diversa".

© Riproduzione riservata

Dalla stessa sezione**Cronaca****Ladri in azione in parrocchia con il frullino**

Sanità in Veneto, Zaia: "Dire che agevoliamo i privati è dire una scemenza"



Luca Zaia a Marghera

A cura di: **redazione centrale**

23/03/2023

Nella sanità "dire, perlomeno nel mio Veneto, che stiamo agevolando i privati è dire una scemenza". Così, perentoriamente, il presidente del Veneto, Luca Zaia, intervenendo a Quante Storia su Rai3, difende la Sanità in Veneto.

"E' da lazzaroni dire una roba del genere, perché noi crediamo nella sanità pubblica". Zaia ha ricordato che il Veneto "ha una quota delle più basse, se non la più bassa a livello nazionale di privato, tanto è vero che noi abbiamo gestito tutto il Covid in 'pancia' al pubblico, abbiamo se non ricordo male un 12% di privato, e fra l'altro un privato che ha collaborato".

"Il rischio reale è che ci siano prestazioni non evase a causa del Covid. In Veneto noi abbiamo avuto 500 mila prestazioni non evase perché gli ospedali erano bloccati dai pazienti Covid. Da noi non c'è il concetto di andare dal privato a

operarsi, a fare le cure. Dopo di che se ti trovi una colonna di attesa, è ovvio che qualcuno cerca anche qualche altra alternativa”.

Il presidente è poi entrato nel merito della discussione sulle risorse dedicate a chi vuole cambiare sesso a Padova. “Finché ci sono io in Veneto tutti i cittadini sono uguali, a prescindere dal colore della pelle, dalla religione e dalle scelte che ognuno sta costruendo”.

Respingendo – “si prendono sempre le frasi a pezzi” – le notizie su presunte critiche da parte di Matteo Salvini, Zaia ha ricordato che il cambio di genere “non è un’invenzione o una gentile concessione. La disforia di genere, che per il Veneto sono poche unità all’anno, è un livello assistenziale, quindi dobbiamo erogarlo per legge. A tutti quelli che dicono cretinate rispetto a questo, dico che se non vi non vi piace `sta legge, dovete cambiar la legge, non venite a dire a me che non devo fornire un servizio”.

“Ho l’impressione – ha quindi concluso – che ci siano cittadini che non non conoscano le tragedie che si consumano spesso all’interno delle mura familiari. Noi che ci occupiamo di sanità sì”.

Venerdì 24 MARZO 2023

Autonomia differenziata. Se il Ddl Calderoli sottace il tema cruciale della perequazione

Per evitare tante inutili e dannose conseguenze, funzionali a mantenere in vita l'attuale sistema delle diseguaglianze e sprovvisto delle risorse necessarie vittime del criterio della spesa storica, occorre adoperarsi nel corso dei lavori parlamentari per migliorare il testo in esame. Il miglioramento dovrà ineludibilmente riguardare l'inserimento della previsione della disciplina della perequazione, strumentale a costituire tempestivamente il fondo perequativo che dovrà assistere le Regioni più povere nella erogazione dei Lea (e non solo).

Il DDL Calderoli è stato recentemente fatto proprio dal Consiglio dei Ministri. Di conseguenza, di qui a poco inizierà il suo iter parlamentare.

Il testo è di fatto da considerare in continuità con gli omologhi DDL Boccia (2019) e Gelmini (2022). Rispetto a questi ultimi - che rinviavano ad un indeterminato ulteriore provvedimento legislativo l'individuazione dei Lep, la determinazione dei costi e fabbisogni *standard* e la disciplina della perequazione - il progetto governativo fa tuttavia esplicito richiamo per la definizione degli anzidetti temi alla legge di bilancio 2023 (art. 1, commi 791-801) per la definizione dei Lep e la valorizzazione dei costi e dei fabbisogni *standard*, ma sottace il tema della perequazione, richiamato con forza dai primi due DDL.

Uno schema, quello di Calderoli, che tende ad attuare il regionalismo differenziato, una volta individuati i Lep e determinati i fabbisogni standard per gli enti locali e i costi/fabbisogni standard per i Lep, da definirsi entro il 31 dicembre del corrente anno a cura dell'istituita Cabina di regia (comma 792, art. 1, legge 197/2022) collaborata dalla Commissione tecnica per i fabbisogni *standard* (commi 793, lett. d, e 794, art. 1 legge 197/2022).

Al di là delle perplessità della scelta di fare definire le ipotesi dei fabbisogni standard, relativi ai Lep delle materie più sensibili per il quotidiano della popolazione (es. sanità, assistenza, istruzione e trasporti pubblici locali), ad un organo inidoneo a verificare le esigenze sociali differenziate manifestate nelle diverse regioni - un aspetto questo che deve impegnare invece la politica e l'intero sistema istituzionale territoriale - il Ddl Calderoli registra una grave omissione. Sottace il tema cruciale della perequazione.

Per intanto si registra una grande confusione sul tema.

C'è chi (centrosinistra) ha:

- costituzionalizzato nel 2001 il federalismo a geometria variabile (art. 116);
- introdotto le funzioni fondamentali del sistema autonomistico locale (art. 117, comma 2, lett. p);
- individuato i livelli essenziali delle prestazioni (Lep) riconducibili ai diritti civili e sociali (art. 117, comma 2, lett. m);
- sancito l'autonomia finanziaria delle Regioni ed enti locali da esercitarsi mediante risorse proprie (art. 119, commi 1 e 2);
- previsto un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per soccorrere i territori più poveri.

C'è chi ha:

- definito la versione specializzata dei Lep in materia di salute, con il Dpcm 29 novembre 2001 (centrosinistra);

- attuato (il centrodestra con Ddl Calderoli) il federalismo fiscale, approvando la legge 42/2009, sulla scia del Ddl approvato in Consiglio dei Ministri presieduto da Romano Prodi il 3 agosto 2007;
- approvati, nel biennio 2010/2011, otto decreti delegati, attuativi della legge 42/2009, e il decreto ministeriale del 26 novembre 2010 sulla perequazione infrastrutturale (centrodestra).

C'è chi (centrosinistra e centrodestra) ha perso solo tempo nel portare avanti il tutto:

- facendo residuare ancora oggi un sistema autonomistico locale lasciato nella precarietà assoluta con un Tuel oramai obsoleto, senza personale, a corto di risorse economiche e senza una disciplina efficiente a risolvere, in luogo degli inidonei dissesti e predissesti, lo stato di crisi soprattutto dei Comuni;
- omettendo di individuare le materie suscettibili di essere esigibili mediante Lep;
- mettendo da parte il criterio di finanziamento fondato sui costi e fabbisogni standard per sostenere le funzioni fondamentali e i Lep, rispettivamente, affidati allo svolgimento e alle erogazioni di enti locali e Regioni;
- imponendo la continuità del criterio della spesa storica;
- trascurando la costituzione del fondo perequativo istituito dalla Costituzione (art. 119, comma 4), cui affidare la concreta percezione dei diritti civili e sociali, supponendo di surrogare un siffatto importante impegno con la costituzione del Fondo di solidarietà comunale, alimentato dalla Imu, al quale affidare le sorti del finanziamento dei Comuni con l'arrogante pretesa di esercitare finalità perequative;
- imponendo un sistema sociosanitario che è diventato inefficiente e incapace ad affrontare gli eventi pandemici (Covid-19 docet) ma anche ad assicurare ovunque, nel Mezzogiorno più che altrove, una tutela della salute degna di questo nome;
- ignorando in materia sanitaria la violazione del principio della uniformità delle prestazioni essenziali, nonostante il ripetersi da decenni del girovagare della povera gente alla ricerca di un posto ove trovare giustizia sociale irrintracciabile nei propri luoghi di residenza, generando una mobilità per centinaia di milioni di euro e drammi umani inenarrabili, causa di fallimenti familiari.

Le possibili vie

A fronte di tutto questo disimpegno, non rimangono che due soluzioni: a) modificare la Costituzione, così come era in parte tentata dalla ben nota proposta elaborata da Renzi-Boschi sconfitta nel referendum del 4 dicembre 2016; b) attuare quanto dalla Costituzione vigente.

Le proposte di Ddl di Boccia, Gelmini e Calderoli andavano e vanno nell'ultimo senso, anche perché affrontare la prima ipotesi di modifica della Carta comporterebbe la sopportazione dell'esistente chissà per quanti anni.

Quanto al Ddl in corso d'opera parlamentare, tralasciando ogni riflessione sulle procedure previste per perfezionare le eventuali istanze regionali intese a pervenire ad una maggiore autonomia legislativa e sulle eccezioni di incostituzionalità emerse, è appena il caso di sottolineare l'esigenza di ben affrontare il cammino in Parlamento volto a tradurre in legge quadro l'anzidetta ipotesi pre-legislativa di Roberto Calderoli.

Ebbene, al riguardo, il testo andrà nutrito con emendamenti mirati ed essenziali a imporre la disciplina di funzionamento della perequazione per quelle Regioni, incapaci a sostenere con il proprio gettito fiscale l'erogazione dei Lep di propria competenza, e per quegli enti locali a secco di finanze e in condizioni "fallimentari" da sempre inefficienti ad esercitare buone pratiche di accertamento e riscossione dei tributi, tariffe e contravvenzioni.

In tutto questo bailamme, ove la lotta politica prevale sulla ragione di mettere in piedi un sistema Repubblica che finalmente funzioni nel rispetto assoluto della Costituzione, è necessario un rinsavimento da esercitarsi in Parlamento. Magari, assicurando una maggiore attenzione di quella mancata da parte delle minoranze allorché – da una parte - si è tracciato il percorso (art. 1, commi 791-802, legge di bilancio 2023) fondamentale per individuare entro quest'anno i Lep e i costi e standard per sostenerli e - dall'altra - si è colpevolmente trascurata la previsione della costituzione del fondo perequativo e l'attivazione di una sua disciplina. Ciò perché, peraltro, attuativo della legge 42/2009, approvata dalla allora maggioranza di centrodestra, con l'astensione di 188 deputati del PD e con il solo voto contrario di Udc.

I difetti e le assenze di disciplina vanno pertanto sanate e subito, solo che non si voglia perdere altro tempo, dando per scontato che occorrerà rincorrere da parte delle Regioni una loro maggiore autonomia legislativa seppure in assenza dei requisiti organizzativi e strutturali che ove mai lo consentirebbero. Al riguardo, un compito difficilissimo sarà altresì quello di individuare, tra le venticinque disponibili, le materie sulle quali rivendicare la loro espansione legislativa.

D'altronde, l'ammissibilità ad una pretesa siffatta neo prerogativa sarà ampiamente vigilata dal Parlamento dal momento che il tutto passerà, per ogni Regione istante, attraverso una legge che sancisca la relativa intesa con il Governo votata a maggioranza rafforzata, ovverosia con il quorum utile assoluto dei componenti sia della Camere che del Senato.

Il ritardo ad operare positivamente in proposito sarebbe, a modifiche formali e sostanziali intervenute ovviamente sulla disciplina della perequazione, ingiustificato tanto da concretizzare una colpa grave della politica. Peggio di quella maturata per oltre dodici anni per aver lasciato il tutto abbandonato in fondo ala cassetto dell'incuranza. Ancor di più grave è stato l'abbandono della sanità al livello in cui essa ha vissuto in tutti questi anni sino ad arrivare allo stato di precarietà quasi assoluta, fatta eccezione per quella assicurata dai cinquantuno Irccs, pubblici (21) e privati (30), e di qualche rara struttura ordinariamente pubblica. Ciò senza contare l'aridità sconcertante, cui bisogna riparare da subito, dell'assistenza territoriale disegnata sulla carta ma ancora incerta nella data di sua godibilità.

La sanità e le sue improrogabili urgenze

A proposito di sanità, è davvero sconcertante il disimpegno registrato sino ad oggi. Ciò in quanto essa sarebbe potuta divenire da tempo quella desiderata. I Lea individuati nel 2001 avrebbero potuto, con tutti i loro limiti di definizione e di mancato adeguamento alle esigenze reali, costituire la base per perfezionare quanto previsto nei Ddl Boccia, Gelmini e Calderoli solo che si fosse realizzato quanto sancito nelle leggi e nei provvedimenti aventi lo stesso valore approvati nel triennio 2009/2011.

E dire che una iniziativa in tale senso era venuta a maturazione nel 2011. Infatti, a seguito dell'approvazione del d.lgs. 12 maggio 2011 n. 68 fu convocata una riunione dal ministro per le riforme Calderoli (alla quale ebbi l'onore di partecipare), presenti l'omologo allora ministro della salute Ferruccio Fazio, l'allora presidente della Copaff (oggi giudice costituzionale) Luca Antonini, Filippo Palumbo, Ernesto Longobardi e Lino Del Favero. Scopo della riunione era quello di lavorare per la determinazione dei costi e fabbisogni standard garanti della sostenibilità dei Lea. Caduto quel Governo non se ne fece più nulla sino ad arrivare passivamente ai giorni nostri.

Pertanto, al fine di evitare tante inutili e dannose conseguenze, funzionali a mantenere in vita l'attuale sistema delle diseguaglianze e sprovvisto delle risorse necessarie vittime del criterio della spesa storica, occorre adoperarsi nel corso dei lavori parlamentari per migliorare il testo in esame. Il miglioramento dovrà ineludibilmente riguardare l'inserimento della previsione della disciplina della perequazione, strumentale a costituire tempestivamente il fondo perequativo che dovrà assistere le Regioni più povere nella erogazione dei Lea (e non solo).

Per fare tutto questo, si rende necessario evitare nel confronto, dentro e fuori le Aule, ogni confusione sulla opzione offerta dalla Costituzione (art. 116, comma 3) alle Regioni a statuto ordinario di incrementare la propria competenza legislativa esclusiva con le metodologie di finanziamento, recate dal federalismo fiscale, nonché con pre-determinazione dei Lep. Quei livelli essenziali delle prestazioni afferenti ai diritti civili e sociali che tutti, nessuno escluso, devono rivendicare dalla loro previsione costituzionale del 2001. Con questo, non significa lavorare per l'esproprio delle competenze statali sulla sanità. Tutt'altro.

Lo Stato, infatti, continuerà a:

- definire e determinare i Lea;
- esercitare le politiche di profilassi internazionale;
- valorizzare e ad aggiornare periodicamente i costi standard nonché ad individuare i fabbisogni standard e ad esercitare la perequazione garante dell'esigibilità - per l'appunto - dei Lea;

Dovrà tuttavia tornare ad esprimere un Piano sociosanitario nazionale, che sarà da guida sia per le Regioni che assumeranno, ai sensi dell'art. 116 Cost., la competenza esclusiva in materia di salute che per quelle che

non eserciteranno una siffatta scelta, nei confronti della quali lo Stato continuerà fare ciò che fa oggi. Anzi dovrà fare molto di più di quanto non ha fatto dal 2001 sul piano dell'assistenza integrata, allorquando la materia dell'assistenza sociale è rientrata nelle venti residuali, determinando così uno scollamento tra la decisione politica della tutela della salute e quella dell'assistenza, concausa dei disastri registrati durante il Covid.

Disperazione e speranza con in mezzo la responsabilità

Regionalismo asimmetrico e federalismo fiscale imporranno l'assunzione di pesanti responsabilità sulle Regioni, alcune della quali in stato di disperazione assistenziale, tanto da fare perdere alle rispettive comunità persino la speranza del cambiamento. Il tutto dovrà avvenire a fronte di pesanti ticket istituzionali, tali da fare sì che la disperazione sociale debba fare un passo avanti verso il senso di responsabilità: dei partiti a scegliere il meglio; dei cittadini ad eleggerli; del giudice contabile ad individuare le consuete loro inosservanze alle regole; della magistratura ad "espellerli".

D'altronde, le tre categorie, quasi filosofiche, del principio di responsabilità (Jonas), della disperazione (Anders) e della speranza (Bloch) - con il primo che dissolve la seconda portando a realtà vissuta la terza - riconduce al risultato preteso dalla Costituzione. Per l'appunto, la Carta scritta per uscire dalla disperazione, pensata per assicurare speranza alla Nazione messa a punto sulla declinazione del principio di responsabilità.

Ettore Jorio

Venerdì 24 MARZO 2023

Fnopi: “Dal Ministro segnali positivi a sostegno degli infermieri”

Gli infermieri: “Sarebbe fondamentale, come ha annunciato il Ministro, introdurre misure di premialità e di carriera per gli infermieri e per la defiscalizzazione del lavoro aggiuntivo”.

“La professione infermieristica continua a fare i conti con la carenza di personale, un mondo del lavoro pubblico ingessato, un sistema di retribuzioni e di carriera che non valorizza appieno l’impegno degli infermieri e la mancanza della necessaria tutela legale per contrastare gli episodi di discriminazione subiti dalla categoria. Accogliamo quindi con ottimismo le parole pronunciate, durante il question time alla Camera, dal Ministro Orazio Schillaci. In particolare sarebbe fondamentale, come ha annunciato il Ministro, introdurre misure di premialità e di carriera per gli infermieri e per la defiscalizzazione del lavoro aggiuntivo”. Lo dichiara, in una nota, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).

“L’attenzione alle proposte della Federazione è stata confermata anche dall’aggiornamento comunicato dal presidente della Commissione Affari sociali, sanità e lavoro del Senato, Francesco Zaffini: il Governo sta preparando un testo, come ha confermato anche il Ministro Schillaci, che prevede la rimozione del vincolo di esclusività imposto agli infermieri, impedendo loro di accedere alle attività libero-professionali in strutture private oltre all’impegno nel sistema pubblico. L’auspicio è che si siano poste le premesse per un intervento del Governo, mirato a risolvere le problematiche principali incontrate dagli infermieri”.

“Si dovrebbe considerare con più attenzione la carenza di personale considerando il fenomeno non solo nell’immediato, ma soprattutto nel lungo periodo e lo sforzo richiesto per coprire tutte le necessità dei servizi rivolti ai bisogni di salute dei cittadini. Ci sono da colmare differenze, anche economiche, del tutto ingiustificate vista la formazione e la professionalità espressa. È essenziale riconoscere nel sistema di remunerazione la specificità del ruolo agito dagli infermieri, visto che a oggi sono tra i meno pagati d’Europa e per far fronte da subito alla carenza di organici che mette a dura prova le strutture e a rischio la qualità dei servizi, formalizzare la figura e il ruolo di nuovi operatori, formati e gestiti dagli infermieri”, conclude FNOPI.

Venerdì 24 MARZO 2023

In tutta Europa operatori sanitari in crisi: poco pagati, stressati e sempre più vecchi. Oms: “Intervenire subito o sanità andrà in tilt”. **Approvata la “Carta di Bucarest”**

“Gli operatori sanitari sono la spina dorsale dei sistemi sanitari e la loro dedizione e il loro duro lavoro devono essere riconosciuti e sostenuti ora. Ciò porterà a sostanziosi benefici in termini di salute e benessere individuali e collettivi, sia per gli operatori sanitari che per coloro che servono, e preparerà meglio i paesi e la nostra Regione nel suo insieme a gestire le prossime emergenze sanitarie che ci attendono”. Queste le parole di Natasha Azzopardi-Muscat, direttore dei sistemi e delle politiche sanitarie nazionali dell'OMS/Europa. [LA CARTA DI BUCAREST.](#)

Undici punti, condivisi da 50 dei 53 paesi membri della Regione Europea dell'Oms, per riconoscere che “gli operatori sanitari e assistenziali sono la spina dorsale del sistema sanitario” e che è il momento di agire subito per affrontare una crisi senza precedenti del comparto che lamenta carenza di organici, stipendi troppo bassi e condizioni di lavoro insostenibili in moltissime realtà.

Stiamo parlando della “[Carta di Bucarest](#)” adottata in occasione del [summit co-organizzato da OMS/Europa e Ministero della Salute rumeno](#) svoltasi nella capitale rumena gli scorsi 22 e 23 marzo.

“La crisi del personale sanitario in Europa non è più una minaccia imminente, è qui e ora. Gli operatori sanitari e i lavoratori di tutta la nostra regione chiedono a gran voce aiuto e sostegno”, ha affermato il dott. **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'OMS per l'Europa.

“La pandemia di COVID-19 – ha aggiunto – ha rivelato la fragilità dei sistemi sanitari e l'importanza di una forza lavoro sanitaria solida e resiliente. Non possiamo più aspettare per affrontare le pressanti sfide che il nostro personale sanitario deve affrontare. Sono in gioco la salute e il benessere delle nostre società: semplicemente non c'è tempo da perdere”.

Durante lo scorso anno, l'Europa ha assistito a un numero crescente di scioperi tra gli operatori sanitari, indetti per protestare contro condizioni di lavoro difficili e risorse insufficienti.

In Francia medici e infermieri hanno indetto uno sciopero nazionale nel novembre 2022, con la partecipazione di oltre 100.000 operatori sanitari. Nel settembre 2022, più di 6000 infermieri in Irlanda hanno scioperato per preoccupazioni sulla bassa retribuzione e sulle cattive condizioni di lavoro.

In Germania, migliaia di operatori sanitari hanno partecipato a uno sciopero nazionale nell'agosto 2022, per ragioni simili. E nel Regno Unito, scioperi di medici, infermieri e personale delle ambulanze hanno avuto un grave impatto sul sistema sanitario per mesi.

“Queste azioni sindacali riflettono chiaramente la crescente frustrazione e preoccupazione tra gli operatori sanitari in tutta la nostra regione, evidenziando ulteriormente l'urgente necessità di un'azione su più fronti per sostenere e investire nella forza lavoro sanitaria e assistenziale”, ha spiegato il dott. Kluge.

Un [rapporto regionale pubblicato dall'OMS/Europa nel settembre dello scorso anno](#) ha parlato di una “bomba a orologeria” che minaccia i sistemi sanitari in Europa e in Asia centrale.

Con il rapido invecchiamento della popolazione e una forza lavoro sanitaria anch'essa in gran parte verso la

vecchiaia, la crescita delle malattie croniche e gli effetti della pandemia di COVID-19, l'OMS avverte che "siamo vicini a un imminente collasso in aree chiave dei sistemi sanitari a meno che non vengano affrontate subito azioni politiche rapide e concrete questi problemi, a partire dal personale sanitario".

Il rapporto ha evidenziato che in 13 dei 44 paesi che forniscono dati, il 40% dei medici ha già 55 anni o più, il che rappresenta una sfida significativa per la sostenibilità della forza lavoro. Allo stesso tempo, i mercati del lavoro stanno cambiando con una mobilità e una migrazione dei lavoratori sempre più complesse. Di conseguenza, alcuni paesi trovano sempre più difficile attrarre e trattenere i giovani nelle professioni sanitarie e assistenziali.

Nonostante il numero storicamente elevato di operatori sanitari e assistenziali in tutta la regione europea, i sistemi sanitari nazionali stanno lottando da tempo per tenere il passo con la crescente domanda di assistenza sanitaria, esacerbata dagli arretrati dei servizi causati dalla pandemia di COVID-19, dalle crescenti aspettative dei pazienti e dai rischi per la salute poste dai cambiamenti climatici e dalle emergenze.

La pandemia di COVID-19, sottolinea l'OMS, ha solo aumentato le tensioni sull'assistenza sanitaria, portando a stress, esaurimento e violenza nei confronti dei lavoratori, molti dei quali hanno lasciato il lavoro.

Durante la prima ondata della pandemia nella primavera del 2020, la Regione ha registrato un incredibile aumento del 62% delle assenze degli operatori sanitari. Un aumento dei problemi di salute mentale tra gli operatori è stato inoltre segnalato in quasi tutti i paesi della Regione e, in alcuni paesi, oltre l'80% degli infermieri ha riportato una qualche forma di disagio psicologico correlato alla pandemia.

Inoltre, l'OMS/Europa ha ricevuto segnalazioni secondo cui 9 infermieri su 10 avevano dichiarato la loro intenzione di lasciare il lavoro.

In risposta a queste sfide, la Dichiarazione di Bucarest chiede un'azione politica per:

- migliorare il reclutamento e creare le condizioni per il mantenimento in servizio degli operatori sanitari e assistenziali
- migliorare i meccanismi di offerta di personale sanitario
- ottimizzare le prestazioni del personale sanitario e assistenziale
- pianificare meglio il personale sanitario e assistenziale
- aumentare gli investimenti pubblici nell'istruzione, nello sviluppo e nella protezione della forza lavoro.

La Dichiarazione riconosce i legami tra queste priorità e la necessità di collaborazione con tutte le parti interessate, compresi i rappresentanti del personale sanitario e assistenziale, i loro datori di lavoro, i ministeri nazionali delle finanze e dell'istruzione e le organizzazioni internazionali senza scopo di lucro, i trust e le fondazioni.

"Non è più possibile ignorare le sfide che il personale sanitario e di assistenza deve affrontare", ha affermato la dott.ssa **Natasha Azzopardi-Muscat**, direttore dei sistemi e delle politiche sanitarie nazionali dell'OMS/Europa.

"Gli operatori sanitari – ha detto ancora - sono la spina dorsale dei sistemi sanitari e la loro dedizione e il loro duro lavoro devono essere riconosciuti e sostenuti ora. Ciò porterà a sostanziosi benefici in termini di salute e benessere individuali e collettivi, sia per gli operatori sanitari che per coloro che servono, e preparerà meglio i paesi e la nostra Regione nel suo insieme a gestire le prossime emergenze sanitarie che ci attendono, oltre che a rafforzare i sistemi sanitari per fornire servizi essenziali e quotidiani".

Ecco gli undici punti della Carta di Bucarest:

1. Noi, partecipanti all'incontro regionale sulla salute e l'assistenza dell'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa riconosciamo che gli operatori sanitari e assistenziali sono la spina dorsale del sistema sanitario.

2. Notiamo che, nonostante il numero storicamente elevato di operatori sanitari e assistenziali in tutta la Regione Europea dell'OMS, i sistemi sanitari nazionali stanno incontrando difficoltà nel far fronte all'aumento della domanda di servizi sanitari a seguito dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle malattie croniche, degli arretrati dovuti alla pandemia di COVID-19, alle crescenti aspettative degli

utenti dei servizi e alle minacce alla salute legate ai cambiamenti climatici e alle emergenze sanitarie.

3. Teniamo conto del rapporto dell'Ufficio regionale dell'OMS [Health and care workforce in Europe: time to act](#) che identifica le principali sfide della forza lavoro che devono affrontare i sistemi sanitari nazionali, comprese le carenze, la distribuzione non uniforme, le discrepanze nel mix di competenze, le insufficienze nello sviluppo di competenze per soddisfare l'evoluzione dei bisogni sanitari e assistenziali e delle nuove tecnologie digitali e di altro tipo. Anche la forza lavoro invecchia e lavora in mercati del lavoro che stanno cambiando, con mobilità e migrazione dei lavoratori sempre più complesse. Alcuni paesi stanno trovando sempre più difficile attrarre e trattenere i giovani nel mondo del lavoro sanitario e assistenziale.

4. Notiamo che queste sfide di lunga data sono state esacerbate dalla pandemia di COVID-19, che ha inoltre evidenziato la necessità di tutelare la salute e il benessere psico-fisico dei lavoratori, molti dei quali continuano a sperimentare stress, esaurimento e violenza, con alcuni che lasciano il lavoro.

5. Riconosciamo che i governi sono consapevoli di queste sfide e molte le stanno già affrontando con misure importanti.

Riconosciamo che è necessaria un'attenzione continua e chiediamo che le misure siano ulteriormente amplificate e rafforzate in collaborazione con tutte le parti interessate. Chiediamo di condividere le esperienze tra i paesi nel campo della progettazione e dell'attuazione delle soluzioni.

6. In linea con il rapporto regionale, chiediamo di migliorare l'offerta di operatori sanitari e assistenziali, attraverso:

- generazione di dati sui fabbisogni di forza lavoro attuali e futuri;
- sostegno alle istituzioni sanitarie ed educative per adattare i programmi di studio, la selezione degli studenti e l'apprendimento e rafforzare la loro capacità di insegnamento, per includere l'insegnamento di pratiche sanitarie e assistenziali innovative rispettose dell'ambiente;
- costruzione delle competenze per una regolamentazione efficace e l'accreditamento del personale sanitario e assistenziale;
- rafforzamento dello sviluppo professionale continuo e incoraggiando lo sviluppo della leadership e garantendo opportunità di apprendimento permanente disponibili per tutto il personale sanitario e assistenziale;
- ampliamento dell'uso appropriato degli strumenti digitali per fornire servizi più efficaci, efficienti e accessibili.

7. Chiediamo di migliorare il mantenimento e il reclutamento di operatori sanitari e assistenziali:

- incoraggiando misure idonee a mantenere in servizio i propri operatori incidendo sulle condizioni di lavoro e lo sviluppo di carriera e con misure di supporto adeguate;
- gestendo in modo etico ed efficace le politiche di reclutamento internazionale in linea con il [Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel](#) dell'OMS, monitorando le migrazioni di personale;
- prestando particolare attenzione al mantenimento e all'attrazione di operatori sanitari e assistenziali nelle zone rurali, remote e altre aree scarsamente servite;
- adottando la tolleranza zero nei confronti della violenza contro gli operatori sanitari e assistenziali.

8. Ci impegniamo a ottimizzare le prestazioni del personale sanitario e assistenziale:

- creando ambienti di lavoro e condizioni di lavoro dignitosi, sicuri e dotati di personale adeguato, motivando e sostenendo gli operatori sanitari e assistenziali, garantendo la loro salute e sicurezza sul lavoro e proteggendo la loro salute e il loro benessere mentale: utenti e servizi ne beneficeranno quando i lavoratori

saranno meglio supportato;

- tenendo conto delle differenze di genere e di età nei rischi e nelle esigenze dei lavoratori: burnout, violenza, sicurezza sul posto di lavoro e sostegno all'infanzia e alla famiglia;
- garantendo che le capacità degli operatori sanitari e assistenziali siano utilizzate al massimo per fornire assistenza sanitaria e servizi di cura.

9. Chiediamo una migliore pianificazione strategica della forza lavoro sanitaria e assistenziale mediante:

- una adeguata gestione delle dinamiche del mercato del lavoro sanitario, promuovendo una maggiore intergovernabilità e un'azione intersettoriale, compresa la collaborazione con i ministeri delle finanze e dell'istruzione per sostenere la fornitura futura di operatori sanitari e assistenziali e garantire il coinvolgimento delle parti interessate in tutte le politiche;
- rafforzare i sistemi informativi del personale sanitario e di assistenza e garantire che la ricerca e i dati siano disponibili e utilizzati per informare il processo decisionale;
- riconoscere che le donne svolgono la maggior parte del lavoro sanitario e assistenziale retribuito e non retribuito nella maggior parte dei paesi e che occorre intraprendere un'azione specifica per eliminare le disuguaglianze di genere come i divari retributivi di genere, valorizzando il lavoro di cura non retribuito e promuovendo l'equilibrio di genere in tutti i processi decisionali e nell'erogazione del servizio.

10. Chiediamo maggiori e più intelligenti investimenti pubblici nell'istruzione e nello sviluppo della forza lavoro, attraverso:

- stanziamento di risorse sufficienti per l'istruzione e l'occupazione di un numero adeguato di operatori sanitari;
- ottimizzando l'utilizzo degli investimenti pubblici attraverso politiche che promuovano performance e qualità delle cure, compreso l'uso di soluzioni rispettose dell'ambiente;
- delineando un'efficiente ripartizione dei ruoli e supportare la sanità e l'assistenza di team multiprofessionali integrati;
- miglioramento delle competenze digitali del personale sanitario e assistenziale;
- elaborazione di modalità di lavoro più flessibili;
- miglioramento delle condizioni di lavoro e sviluppo di politiche specifiche per attrarre e mantenere in salute gli operatori sanitari.

11. Riconosciamo che ci sono collegamenti tra queste priorità e che per fare progressi significativi è importante coinvolgere tutte le principali parti interessate, compresi i rappresentanti del personale sanitario e assistenziale, i loro datori di lavoro, i ministeri nazionali delle finanze e dell'istruzione e le organizzazioni internazionali senza scopo di lucro, trust e fondazioni. È in questo spirito di cooperazione che abbiamo presentato questa dichiarazione.

Cesare Fassari



MINISTRY OF HEALTH



World Health Organization

European Region

BUCHAREST DECLARATION ON THE HEALTH AND CARE WORKFORCE

High-level Regional Meeting
on Health and Care Workforce in Europe:
TIME TO ACT

22–23 March 2023, Bucharest, ROMANIA



1. We, participants of the WHO Regional Office for Europe Regional Meeting on the Health and Care Workforce in Bucharest, Romania, recognize that health and care workers are the backbone of any health system.
2. We note that despite the historically high numbers of health and care workers across the WHO European Region, national health systems are experiencing difficulties in meeting the increased demand for health services as a result of ageing populations, increases in chronic diseases, service backlogs due to the COVID-19 pandemic, increasing expectations from users of services, and health threats associated with climate change and health emergencies.
3. We take account of the WHO Regional Office's report *Health and care workforce in Europe: time to act* that identifies the key workforce challenges facing national health systems, including shortages, uneven distribution, mismatches in skill-mix, insufficiencies in developing skills to meet evolving health and care needs and new digital and other technologies. The workforce is also ageing and labour markets are changing, with increasingly complex worker mobility and migration. Some countries are finding it increasingly difficult to attract and retain young people in the health and care workforce.
4. We note these long-standing challenges have been exacerbated by the COVID-19 pandemic, which has also highlighted the need to protect the mental and physical health and well-being of workers, many of whom continue to experience stress, burnout and violence, with some leaving their jobs.
5. We acknowledge that governments are aware of these challenges and many are already taking important measures to address them. We recognize continued attention is needed and call for effective measures to be further amplified and strengthened in collaboration with all stakeholders. We call for experience to be shared between countries in designing and implementing solutions.
6. In line with the regional report, we call for improving the **supply** of health and care workers by:
 - generating evidence on current and future workforce needs;
 - supporting health and education institutions to adapt curricula, student selection and learning strategies, and strengthen their teaching capacity, to include the teaching of innovative and environmentally sound health and care practices;
 - building capacity for effective regulation and accreditation of the health and care workforce;
 - strengthening continuing professional development (CPD) by adapting CPD standards and approaches, encouraging leadership development and ensuring lifelong learning opportunities are available across the health and care workforce; and
 - expanding the appropriate use of digital tools to deliver more effective, efficient and accessible services.
7. We call for improvement in **retention and recruitment** of health and care workers by:
 - encouraging the use of retention measures shown to work at different stages of careers and in different locations, including those impacting on working conditions, career progression and the provision of other support;
 - ethically and effectively managing international recruitment policies in line with the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, including monitoring of migration;
 - paying special attention to retaining and attracting health and care workers in rural, remote and other underserved areas; and
 - embracing zero tolerance of violence against health and care workers.



8. We commit to optimizing the **performance** of the health and care **workforce** by:
- creating decent, safe, adequately staffed work environments and terms of employment that motivate and support health and care workers, ensure their occupational health and safety, and protect their health and mental well-being – users and services will benefit when workers are better supported;
 - taking into account gender- and age-based differences in workers' risks and needs, such as burnout, violence, workplace safety, and child and family care support; and
 - ensuring health and care workers' capabilities are used to the full extent in delivering health and care services.
9. We call for better **strategic health and care workforce planning** by:
- taking account of health labour market dynamics by promoting more cross-government and intersectoral action, including working with ministries of finance and education to support the future supply of health and care workers, and ensuring stakeholder engagement in all policy processes;
 - strengthening health and care workforce information systems, and ensuring research and data are used to inform policy-making; and
 - recognizing that women perform the majority of the paid and unpaid health and care work in most countries and that specific action needs to be taken to eliminate gender inequalities such as gender pay gaps, value unpaid care work, and promote gender balance in all decision-making positions and service delivery.
10. We call for increased and smarter **public investment** in workforce education, development and protection by:
- allocating sufficient resources for the education and employment of adequate numbers of health and care workers;
 - optimizing the use of public investment through policies that promote performance and quality of care, including use of environmentally sound solutions;
 - delineating efficient division of roles and supporting integrated multiprofessional health and care teams;
 - improving digital skills among the health and care workforce;
 - devising more flexible working arrangements; and
 - improving working conditions and developing other policies to attract and retain health and care workers.
11. We recognize there are links between these priorities, and that to make meaningful progress it is important to involve all key stakeholders, including representatives of the health and care workforce, their employers, national ministries of finance and education, and international non-profit organizations, trusts and foundations. It is in this spirit of cooperation that we put forward this declaration.



Giovedì 23 MARZO 2023

La sanità è in emergenza ma non sarà con le proposte neoliberiste del Terzo Polo che si salverà

Il pubblico costa meno e da molto di più. Il welfarismo oggi conviene più del neoliberismo. Il mercato ai nostri malati non conviene mai e i nostri bilanci pubblici ormai non se lo possono più permettere.

Il “terzo polo” recentemente, a Roma, ha presentato le sue proposte sulla sanità. ([QS 9 marzo 2023](#)). Su alcune cose mi sento di concordare. Per esempio, sul fatto che la sanità sia diventata suo malgrado “la più grande emergenza di questo paese”. Che il problema più urgente da affrontare oggi sia il blocco delle assunzioni. Che la “domanda di cura” stia non solo esplodendo ma addirittura cambiando di segno.

Se dovessi connotare l’idea di sanità del “terzo polo” direi che essa è compresa tra due paradossi:

-“una “sanità senza diritti” (la parola diritto da costoro non viene mai usata) infatti per il “terzo polo” la sanità si compra per gran parte dal privato ma a spese dello Stato

-“una sanità senza salute”, il tema a me caro della produzione di salute come ricchezza, è del tutto assente. Peccato.

Ma la contraddizione che io vedo nel “terzo polo” quella più importante è la sua totale indifferenza, soprattutto in questa crisi strutturale, ai problemi della sostenibilità. Per esperienza so che in sanità chi non si pone questo problema prima o poi, a forza di mungere la mucca, finisce per portarci nel fosso come è accaduto quando crollò il sistema mutualistico.

Il “terzo polo” propone di usare un non meglio definito tesoretto di 10 mld per rifinanziare la sanità per assumere migliaia di operatori per potenziare il pronto soccorso, aumentare le indennità al personale, cioè propone, in linea con il PNRR, a contraddizioni di sistema rigorosamente invariante (diseguaglianze, squilibri, assenza di diritti, servizi che non funzionano, ecc) di potenziare quello che c’è incrementando la spesa sanitaria.

Per il “terzo polo” il problema è, come dicevo, mungere la mucca della spesa pubblica. Non si dimentichi che era anche quello che voleva finanziare la sanità con il MES. Quindi a debito. Anche se la sanità cade a pezzi il problema di riformare per il “terzo polo” non esiste.

Il punto tuttavia, secondo me, controverso è che la crescita della spesa sanitaria che propone non è per far crescere la sanità pubblica ma per far crescere la sanità privata che il pubblico a sue spese deve comprare.

Il “terzo polo”, alla fine, anche se l’Ocse dice che c’è la crisi, la guerra e l’inflazione, propone di aumentare la “grande marchetta” e quindi di defiscalizzare ancora di più le polizze assicurative.

Il pubblico per il “terzo polo” è solo un simulacro. Esso insiste molto sulla strada delle “coperture assicurative integrative” Ve la ricordate la mozione che presentò Renzi per diventare segretario del PD? (Primarie 30 aprile 2017. Avanti insieme) La sua proposta era il “pavimento minimo di diritti” e “massima detraibilità” per comprare sanità privata. ([Qs 3 aprile 2017](#))

Ma se il privato continuerà ad essere favorito nei finanziamenti attraverso la detraibilità fiscale è ovvio che esso, come sta accadendo, è destinato a dominare sul pubblico che de-finanziato si dovrà rassegnare ad essere ridimensionato. Ma è altrettanto ovvio che se prevarrà questo andazzo alla fine il sistema nella sua interezza diventerà pericolosamente insostenibile. Questa crisi ci dice che la crescita della spesa privata a carico del pubblico non può essere infinita. E' la ragione per la quale appena tre giorni fa ho posto il problema della riforma delle detrazioni fiscali alla sanità privata e all'intermediazione finanziaria. (QS 20 marzo 2023)

Anzi l'Ocse ci dice che oggi sarebbe consigliabile ripensare il rapporto privato pubblico. Il terzo polo fa esattamente il contrario. Basta vedere la sua proposta per "smaltire" le liste di attesa: l'idea è di ricorrere all'intramoenia (assistenza privata che si fa nel pubblico dietro pagamento), chiedendo, al privato, di assicurare le prestazioni che servono e, alle Asl, di anticipare le spese. Viva pantalone. Non una parola sulla possibilità di potenziare il pubblico. Al terzo polo piace da matti il privato.

Credo che sulla sanità Calenda e Renzi che amano proporsi come gente responsabile al servizio del paese in realtà siano tutt'altro che responsabili. Con questa crisi l'ordine delle priorità è cambiato. Le vostre sono noiose proposte neoliberiste di un'altra epoca.

Oggi in sanità è proprio il vostro vecchio neoliberismo ad essere diventato insostenibile. Il pubblico costa meno e da molto di più. Il welfarismo oggi conviene più del neoliberismo. Il mercato ai nostri malati non conviene mai e i nostri bilanci pubblici ormai non se lo possono più permettere.

Di questo quelli che anche di recente hanno parlato di fare la "rivoluzione copernicana" (QS 20 marzo 2023) non dicono niente ma forse neanche sanno cosa sia la rivoluzione copernicana. La vera rivoluzione copernicana in sanità è una controriforma fatta dalla sinistra di governo in questi anni sostituendo il diritto fondamentale con il reddito. E verso la quale i rivoluzionari frustrati dell'ultima ora che non sanno chi sia Copernico sono stati del tutto acquiescenti. Ma chi continua a stare nella giungla a coltivare i suoi rancori e le sue paranoie contro chi prova a mettere nonostante loro in piedi uno straccio di pensiero riformatore come può saperlo?

Ivan Cavicchi

Venerdì 24 MARZO 2023

Onotri (Smi): “Servono soluzioni strutturali alla carenza di medici di famiglia e ospedalieri”

“Per gli ospedali e le aziende sanitarie ci aspettiamo dal Governo misure che affrontino davvero i problemi e le criticità che vivono i medici ospedalieri e la dirigenza sanitaria. A tal fine chiediamo di stornare il 5% delle risorse dell'attività libero professionale del fondo di perequazione, prevalentemente verso il sistema di emergenza urgenza e verso il pronto soccorso. Proponiamo una forte incentivazione economica dei medici di PS e di emergenza urgenza; per il lavoro della dirigenza sanitaria una detassazione di una parte dello stipendio, altrimenti come si potrà a competere con la sanità privata e con chi con un reddito di 85.000 euro paga il 15% di flat tax?”. A dirlo, in una nota, è **Pina Onotri**, segretario generale del Sindacato Medici Italiani (Smi), che commentando l'intervista alla Stampa del ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, osserva come “non affronta uno dei nodi fondamentali del Servizio sanitario nazionale: come si farà fronte alla mancanza drammatica di medici di medicina generale e di quelli ospedalieri nel nostro Paese”.

Lo Smi, su questo, ha le sue proposte. Tra queste, l'auspicio riguarda anche “scelte governative sulla parità di genere nell'ambito delle aziende ospedaliere e sanitarie. Occorrerebbe puntare all'obiettivo di incentivare le aziende sanitarie e ospedaliere ad adottare policy adeguate a ridurre il divario di genere in tutte le aree che presentano maggiori criticità, come le opportunità di carriera, la parità salariale a parità di mansioni, le politiche di gestione delle differenze di genere e la tutela della maternità, con la necessità di prevedere modalità di lavoro flessibile”.

“Le Case e gli Ospedali di Comunità previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – osserva Onotri - rischiano di diventare cattedrali nel deserto senza personale medico perché stiamo andando in fretta verso una vera emorragia di 45.000 medici in 5 anni. Questo è quello che si determinerà in Italia per effetto dei pensionamenti e che riguarderà sia i medici di famiglia sia i medici del Servizio Sanitario Nazionale. Il dato grave è quello che le uscite stimate per effetto dei pensionamenti non saranno comunque bilanciate dalle presumibili nuove. Di questo il Ministro Schillaci dovrebbe preoccuparsi”.

“I medici non ci saranno – sottolinea il segretario generale dello Smi - perché in questi ultimi anni la programmazione universitaria dei posti per formare medici di famiglia ha avuto il respiro corto, e in più non si è tenuto conto della gobba pensionistica, annunciata da anni, e che arriva ora al suo culmine, senza considerare che servono almeno dieci anni, per formare un medico tra laurea e specializzazione”.

Per Onotri “il tempo per la sostenibilità della sanità pubblica è ormai sempre più ridotto. Occorre che nel Paese sindacati, associazioni, società civile insieme lottino per la difesa del Ssn. È giunto il momento di costruire una grande giornata nazionale unitaria a difesa del servizio sanitario pubblico”.

Venerdì 24 MARZO 2023

Perché serve una riforma della sanità

Il SSN va riformato perché il processo di aziendalizzazione avviato dagli anni '90 ha fallito. Se gli obiettivi erano quelli del miglioramento della qualità attraverso la competizione dei soggetti erogatori e della efficientizzazione della spesa attraverso gli strumenti in uso nelle aziende in private, questi non sono stati raggiunti neanche in minima parte

In questa fase di forte incremento delle disuguaglianze ed in particolare quelle in salute crediamo che ragionare in modo fondato e concretamente sia l'unico modo per frenare le derive legate a ipotesi di rivisitazione o meri slogan rispetto al sistema sanitario nazionale.

Un SSN che continua nonostante le varie riforme e modifiche a cui è stato sottoposto negli ultimi quarant'anni a mantenere saldi e validi i suoi principi di base sanciti dalla legge 833/1978; un provvedimento legislativo quest'ultimo, nato dalle grandi lotte sul diritto alla salute degli anni '60 e '70 che, senza sminuire il ruolo dei padri e delle madri costituenti, rappresenta la nostra costituzione in sanità.

Lo facciamo da tempo avendo un doppio sguardo quello di medico con ruoli programmatori e da professoressa ordinario di sociologia formatosi alla scuola di Maccacaro, ossia da studiosi in pratica che rifiutano atteggiamenti demagogici e che cercano di avanzare proposte concrete su come ridare vita a un sistema ormai stremato da politiche dissennate di tagli indiscriminati. Uno sguardo basato su competenze scientifiche e pratiche, quindi di parte.

Perché il nostro SSN continua ad avere basi solide che non debbono essere minate.

Del SSN rimangono i principi di universalità delle cure, dell'uguaglianza dei cittadini e di appropriatezza nell'uso delle risorse. Sono principi, purtroppo offuscati dalle politiche degli ultimi anni, che vanno mantenuti saldi e resi effettivamente esigibili con stringenti norme legislative. Ora più che mai, stante la situazione economica e il quadro nosologico delle cronicità e non solo.

Motivi che rendono inaccettabile ogni ipotesi di frammentare ulteriormente l'assistenza sanitaria conferendo alle regioni competenze esclusive in ambito sanitario. Al contrario va rafforzato il ruolo di programmazione dello stato e del ministero della salute attraverso la valorizzazione dell'istituto e delle agenzie come Agenas a cui affidare la definizione di standard quali/quantitativi dei servizi da garantire nei diversi ambiti regionali e relative verifiche e valutazioni.

Definire, come più volte ripetuto, un sistema di reti cliniche basate su livelli di complessità crescente (livello base, spoke e hub) per le principali malattie ad alto impatto assistenziale è l'unico modo per rendere "universale" il sistema di cure. Una programmazione dei servizi elaborata con il concorso attivo delle regioni a cui spetterà la concreta realizzazione di quanto stabilito ma su cui lo stato dovrà esercitare appieno le sue prerogative di finanziamento, verifica e controllo, ivi compresi i poteri sostitutivi previsti dall'articolo 120 della Costituzione.

Il problema delle risorse

Abbiamo più volte sostenuto che il finanziamento del SSN non può essere inferiore al 7% del PIL. Servono nell'immediato 5 miliardi per coprire il disavanzo delle regioni ma dai 15 ai 40 miliardi annui per allinearci alla Francia o alla Germania (come ben documentato recentemente da Cesare Fassari). Si pone allora il problema di dove reperire tali importanti risorse.

Il disavanzo accumulato dal nostro paese anche a causa del COVID e di misure economiche sbagliate come il super bonus edilizio non consente un'ulteriore espansione del debito pubblico. Sarebbe immorale porre a

carico delle generazioni future il peso di carenze dettate dall'incapacità di affrontare i problemi reali pur di non scontentare fasce di popolazioni che ritengono un loro diritto non contribuire ai beni comuni-

Dove reperire le risorse

Le risorse vanno reperite anzitutto attraverso il recupero della evasione fiscale pari a circa 120 miliardi, ma non solo. Un percorso, vogliamo ricordare che quest'anno ha consentito il recupero di circa 20 miliardi e che ora la delega fiscale recentemente approvata dal governo rischia di vanificare.

La delega infatti, un provvedimento complesso e confuso al contempo, introduce una flat tax senza indicarne il limite (85.000 euro?) e istituisce un concordato fiscale con le aziende con fatturato inferiore ai 5 milioni di euro valevole per due anni che, però, nessuno si sentirà obbligato a sottoscrivere.

Gli organici del MEF infatti non consentono in nessun modo di controllare i due milioni di soggetti potenzialmente interessati e che quindi non ci sarà alcuna possibilità di esercitare su di loro quella giusta pressione nel sottoscrivere l'accordo che nasce dalla certezza che lo stato verificherà la veridicità di quanto dichiarato.

Misure dunque che oltre a essere in contrasto con i principi di progressività dell'imposizione sono tecnicamente inefficaci per costringere gli evasori abituali a versare quanto dovuto.

La flat tax inoltre poiché introduce una detrazione fissa e non su quanto speso effettivamente spingerà in campo sanitario gli erogatori a risparmiare sulla qualità dei propri mezzi di produzioni comprando materiale scadente o sulle quantità utilizzate.

Perché sono necessarie misure di aggiustamento e in alcuni casi di superamento

Il SSN va riformato perché il processo di aziendalizzazione avviato dagli anni '90 ha fallito. Se gli obiettivi erano quelli del miglioramento della qualità attraverso la competizione dei soggetti erogatori e della efficientizzazione della spesa attraverso gli strumenti in uso nelle aziende in private, questi non sono stati raggiunti neanche in minima parte.

Il SSN ha dunque bisogno di ridefinire i suoi modelli di governance rivedendo da un lato i rapporti tra regione ed enti locali ormai incagliata in una visione neo-centralista in cui gli enti locali sono soggetti passivi, dall'altro l'architettura istituzionale delle aziende sanitarie e aziende ospedaliere.

Così come va rivisto il rapporto pubblico e altri soggetti erogatori a partire dal privato profit, pur riconoscendo che la presenza di più attori, ma fra loro coordinati, è un elemento di ricchezza per la nostra società senza venire meno però ai principi di universalismo e di garanzia nell'accesso a partire dalla messa in comune delle agende di prenotazione che in alcune regioni come il Lazio continuano ad essere separate da quelle pubbliche.

Anche questi temi sono stati già dibattuti da noi rispetto ai quali abbiamo avanzato proposte concrete su questo giornale che non necessitano di ulteriori ripetizioni.

Perché il personale e il territorio sono la linfa vitale

Il cambio di patocenosi con l'incremento della prevalenza delle malattie cronico degenerative e l'invecchiato della popolazione rendono indispensabile implementare un sistema imperniato sulla medicina dell'iniziativa.

Quindi su un modo di operare interprofessionale che ha bisogno di un numero adeguato di professionisti, qualificati e giustamente retribuiti. Attori del processo di cura che dovranno avere diritti e doveri identici a quello degli operatori che operano nelle strutture ospedaliere.

Perché servono parole chiare e non slogan o retorica

In un contesto in cui le "verità" sono costruite sulla base di strumenti e modelli di comunicazione non sempre verificabili, che si preoccupano di creare la notizia e non di fornire informazioni certe basate su dati ed evidenze appare chiaro che le proposte, tutte le proposte debbono essere ragionevoli e fondate, scientificamente fondate.

Sappiamo quanto i processi di etichettamento abbiano fatto male non solo al sistema di cura ma agli stessi cittadini e ovviamente ai decisori pubblici, pensiamo alla salute mentale.

In una società dove il carico comunicativo supera spesso i livelli di tolleranza e non in pochi casi di comprensione, una informazione chiara, trasparente, semplice anche se è finalizzata a mettere in discussione o ad evidenziare limiti di possibili decisioni assunte, è fondamentale sia per i decisori pubblici, per i così detti intellettuali, ma in particolare per i cittadini a partire da color che vedono messo in discussione il loro diritto essenziale di salute.

Usare gli strumenti di comunicazione per mere polemiche o per salvaguardare derive narcisistiche non è di alcuna utilità per rinnovare un sistema sanitario i cui principi di bene pubblico, garantito dallo stato, universalistico, preventivo continuano ad essere fondamentali.

Crediamo che la discussione intorno a possibili strategie di miglioramento e in alcuni casi di rivitalizzazione del nostro sistema sanitario sia fondamentale avendo però l'obiettivo di fornire suggerimenti e proposte concrete al decisore pubblico, anche quello più riluttante, per la salvaguardia, la valorizzazione e il rilancio del nostro sistema sanitario nato dalla 833/78. Per correggere o eliminare storture prodotte nel tempo. Per tutelare la salute di tutti i cittadini.

Roberto Polillo e Mara Tognetti

Venerdì 24 MARZO 2023

Personale Ssn. Schillaci: “Più incentivi a chi lavora in pronto soccorso e nelle specialità meno attrattive”. E annuncia: “Limiti più stringenti per i medici a gettone”

"Pensiamo per chi lavora nei reparti in prima linea, come l'emergenza e urgenza, di defiscalizzare l'indennità di specificità medica da circa 8 mila euro l'anno e di dare maggior peso ai contributi previdenziali per ogni anno lavorato in questi reparti, dove si potrà fare più punteggio anche ai fini della carriera". E sulle risorse per il Ssn: "Non è solo una questione di soldi, le Regioni devono però adoperarsi per evitare gli sprechi e rendere più efficienti gli ospedali e la sanità territoriale". Così il ministro della Salute in un'intervista a La Stampa.

Incentivi economici e di carriera per chi lavora in prima linea nell'emergenza e urgenza o nelle specialità meno attrattive. Limiti molto più stringenti nell'utilizzo dei medici a gettone. E per le risorse destinate al Ssn, le Regioni si impegnano ad evitare gli sprechi e rendere più efficienti gli ospedali e la sanità territoriale.

Così il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, in un'intervista a *La Stampa* fa il punto della situazione sui temi di più stringente attualità

Finanziamento Ssn. "Non è solo una questione di soldi, anche se nel corso di questa legislatura contiamo di fare di più anche da questo punto di vista. Le Regioni devono però adoperarsi per evitare gli sprechi e rendere più efficienti gli ospedali e la sanità territoriale. I posti letto negli ospedali vanno ad esempio aumentati ma bisogna lavorare anche sull'appropriatezza dei ricoveri con la presa in carico dei malati cronici proprio da parte del territorio. Il mondo sta cambiando - evidenzia il ministro - abbiamo tecnologie e terapie che consentono quello che fino a ieri era impensabile. Le risorse per l'innovazione devono arrivare dalla prevenzione, che va potenziata. Perché in una popolazione che invecchia prevenire significa non solo far vivere meglio le persone ma anche liberare risorse per curarle poi più efficacemente quando serve. Rispetto alle risorse mi faccia però dire che, nonostante la guerra e la crisi energetica, il governo le ha aumentate quest'anno di oltre 4 miliardi. E nel calcolare le percentuali sul Pil bisogna considerare che durante la pandemia è sceso notevolmente mentre ora è destinato a salire anche oltre i livelli pre-pandemici. Il che significa che in valori assoluti le risorse non diminuiscono ma aumentano".

Liste d'attesa e lavoratori pronto soccorso. "Stiamo pensando di snellire le liste d'attesa aumentando il compenso dell'orario aggiuntivo dei medici e degli operatori sanitari. Si sta lavorando per contrastare la violenza nei pronto soccorso anche con il procedimento d'ufficio contro gli aggressori. Vogliamo mettere dei paletti all'uso dei gettonisti - sottolinea Schillaci -. Pensiamo infine per chi lavora nei reparti in prima linea, come l'emergenza e urgenza, di defiscalizzare l'indennità di specificità medica da circa 8 mila euro l'anno e di dare maggior peso ai contributi previdenziali per ogni anno lavorato in questi reparti, dove si potrà fare più punteggio anche ai fini della carriera. Che poi è anche un modo per incentivare i giovani a iscriversi a quelle specialità mediche meno attrattive da un punto di vista economico perché hanno poco mercato privato".

Numero chiuso medicina. "Abbatterlo no ma stiamo lavorando con il Miur per aumentare gli accessi alle Facoltà. Mi chiedo però perché si dica sempre che mancano i medici ma si trovino con facilità i gettonisti pagati quattro volte tanto. Evidentemente dobbiamo impegnarci a rendere più attrattivo il lavoro nel pubblico".

Medici a gettone. "Stiamo pensando di fissare dei limiti sia alla quota utilizzabile che di età, perché non è possibile far lavorare chi ha anche 70 e più anni - ricorda Schillaci -. Ma saranno necessari anche titoli specialistici attinenti al tipo di lavoro che si va a fare in ospedale. Un ortopedico non può finire a fare cardiologia".

Anticipo incremento indennità per gli operatori del pronto soccorso. "Superare l'emergenza pronto soccorso incentivando da un punto di vista sia di carriera che economico chi ci lavora. In questo senso - annuncia Schillaci - stiamo cercando di anticipare a quest'anno i 200 milioni di incentivi stanziati per il 2024. Ma è indispensabile potenziare la sanità del territorio e la telemedicina, perché oggi la gran parte degli accessi al pronto soccorso sono codici verdi che dovrebbero essere trattati fuori dell'ospedale".

Case e ospedali di comunità. "Il personale per case e ospedali di comunità verrà trovato tra medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, pediatri di libera scelta ed ex guardie mediche, qui abbiamo 82 mila professionisti che oggi lavorano però troppo isolati e individualmente, mentre nelle nuove strutture potranno garantire una migliore assistenza lavorando in team. Quelli che mancano veramente sono gli infermieri. Per questo stiamo pensando di autorizzare coloro che lavorano in ospedale a fare ore retribuite extra anche in case e ospedali di comunità".

Divieto di fumo. "Sulle sigarette tradizionali, non voglio vietare il fumo a chi lo fa in solitudine, ma non posso accettare che si metta a rischio la salute di chi gli è accanto. Sulle e-cig servirà invece un approfondimento basato su reali evidenze scientifiche".

Obbligo di mascherine negli ospedali. "Decideremo sulla base delle evidenze epidemiologiche e scientifiche. Ma gli ospedali devono rimanere aree protette, almeno dove ci sono i fragili", conclude il ministro.

Venerdì 24 MARZO 2023

Strutture diagnostiche sanitarie private. Tar Campania dà l'ok a chi vuole ampliare dell'attività

Accolto il ricorso di una società che aveva presentato istanza di autorizzazione all'ampliamento per prestazioni di cardiologia in regime ambulatoriale ed era stata fermata dalla Asl di Caserta, che non rilevava la necessità di queste prestazioni sul territorio. Per i giudici sebbene la determinazione del fabbisogno costituisca un elemento imprescindibile, "ciò non può tuttavia risolversi in una indiscriminata paralisi dell'iniziativa economica privata". [LA SENTENZA](#)

Il Tar della Campania dà l'ok all'ampliamento dell'attività delle società private sanitarie accogliendo il ricorso di una struttura sanitaria che eroga prestazioni di diagnostica per immagini e si era vista respinta dalla Asl l'istanza di autorizzazione all'ampliamento della struttura presentata al Comune di Curti al fine di poter effettuare prestazioni di cardiologia in regime ambulatoriale. Per l'Asl di Caserta non c'era ragione di approvare l'istanza dal momento che non c'era fabbisogno sul territorio per tale tipo di attività specialistica e che l'eventuale fabbisogno, determinato dall'Ente Regione, andrebbe comunque soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'accreditamento delle strutture private transitoriamente accreditate.

La struttura sanitaria, rappresentata dall'avvocato Pasquale Marotta, ha proposto ricorso al Tar Campania-Napoli. Nel ricorso, il legale della Società ha sostenuto che il criterio del fabbisogno, invocato dall'ASL, può valere per le richieste di accreditamento ma non anche per le richieste di autorizzazioni sanitarie finalizzate a poter svolgere prestazioni in regime ambulatoriale.

Il criterio del fabbisogno, ha sostenuto il legale, non può giustificare un indiscriminato blocco delle autorizzazioni e ciò in quanto tale orientamento dell'ASL finisce per penalizzare oggettivamente l'iniziativa privata di una struttura sanitaria che comunque risulti in possesso dei requisiti organizzativi, operativi e funzionali previsti per ottenere l'autorizzazione.

“In altri termini – si legge nella sentenza - sebbene la previa determinazione del fabbisogno costituisca un elemento imprescindibile e sia giustificata la fissazione di un ordine di priorità per le richieste di prestazioni sanitarie, ciò non può tuttavia risolversi in una indiscriminata paralisi dell'iniziativa economica privata (soprattutto se svolta senza oneri a carico del servizio sanitario), occorrendo in tal caso effettuare una verifica concreta e puntuale. Nel caso di specie, tale verifica risulta oltremodo necessaria, dal momento che parte ricorrente ha dedotto l'esistenza di un atto di determinazione del fabbisogno regionale (che avrebbe previsto un incremento per la branca della cardiologia), cosicché appare imprescindibile l'esigenza di una puntuale e motivata valutazione della richiesta, sulla base di tutti gli elementi che vengono in rilievo e tenendo conto dell'esigenza di definire dinamicamente il fabbisogno delle prestazioni sanitarie, senza che la pur doverosa priorità di cui s'è detto costituisca un limite irragionevole per l'iniziativa privata”.



MINISTRY OF HEALTH



World Health Organization

European Region

BUCHAREST DECLARATION ON THE HEALTH AND CARE WORKFORCE

High-level Regional Meeting
on Health and Care Workforce in Europe:
TIME TO ACT

22–23 March 2023, Bucharest, ROMANIA



1. We, participants of the WHO Regional Office for Europe Regional Meeting on the Health and Care Workforce in Bucharest, Romania, recognize that health and care workers are the backbone of any health system.
2. We note that despite the historically high numbers of health and care workers across the WHO European Region, national health systems are experiencing difficulties in meeting the increased demand for health services as a result of ageing populations, increases in chronic diseases, service backlogs due to the COVID-19 pandemic, increasing expectations from users of services, and health threats associated with climate change and health emergencies.
3. We take account of the WHO Regional Office's report *Health and care workforce in Europe: time to act* that identifies the key workforce challenges facing national health systems, including shortages, uneven distribution, mismatches in skill-mix, insufficiencies in developing skills to meet evolving health and care needs and new digital and other technologies. The workforce is also ageing and labour markets are changing, with increasingly complex worker mobility and migration. Some countries are finding it increasingly difficult to attract and retain young people in the health and care workforce.
4. We note these long-standing challenges have been exacerbated by the COVID-19 pandemic, which has also highlighted the need to protect the mental and physical health and well-being of workers, many of whom continue to experience stress, burnout and violence, with some leaving their jobs.
5. We acknowledge that governments are aware of these challenges and many are already taking important measures to address them. We recognize continued attention is needed and call for effective measures to be further amplified and strengthened in collaboration with all stakeholders. We call for experience to be shared between countries in designing and implementing solutions.
6. In line with the regional report, we call for improving the **supply** of health and care workers by:
 - generating evidence on current and future workforce needs;
 - supporting health and education institutions to adapt curricula, student selection and learning strategies, and strengthen their teaching capacity, to include the teaching of innovative and environmentally sound health and care practices;
 - building capacity for effective regulation and accreditation of the health and care workforce;
 - strengthening continuing professional development (CPD) by adapting CPD standards and approaches, encouraging leadership development and ensuring lifelong learning opportunities are available across the health and care workforce; and
 - expanding the appropriate use of digital tools to deliver more effective, efficient and accessible services.
7. We call for improvement in **retention and recruitment** of health and care workers by:
 - encouraging the use of retention measures shown to work at different stages of careers and in different locations, including those impacting on working conditions, career progression and the provision of other support;
 - ethically and effectively managing international recruitment policies in line with the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, including monitoring of migration;
 - paying special attention to retaining and attracting health and care workers in rural, remote and other underserved areas; and
 - embracing zero tolerance of violence against health and care workers.



8. We commit to optimizing the **performance** of the health and care **workforce** by:
- creating decent, safe, adequately staffed work environments and terms of employment that motivate and support health and care workers, ensure their occupational health and safety, and protect their health and mental well-being – users and services will benefit when workers are better supported;
 - taking into account gender- and age-based differences in workers' risks and needs, such as burnout, violence, workplace safety, and child and family care support; and
 - ensuring health and care workers' capabilities are used to the full extent in delivering health and care services.
9. We call for better **strategic health and care workforce planning** by:
- taking account of health labour market dynamics by promoting more cross-government and intersectoral action, including working with ministries of finance and education to support the future supply of health and care workers, and ensuring stakeholder engagement in all policy processes;
 - strengthening health and care workforce information systems, and ensuring research and data are used to inform policy-making; and
 - recognizing that women perform the majority of the paid and unpaid health and care work in most countries and that specific action needs to be taken to eliminate gender inequalities such as gender pay gaps, value unpaid care work, and promote gender balance in all decision-making positions and service delivery.
10. We call for increased and smarter **public investment** in workforce education, development and protection by:
- allocating sufficient resources for the education and employment of adequate numbers of health and care workers;
 - optimizing the use of public investment through policies that promote performance and quality of care, including use of environmentally sound solutions;
 - delineating efficient division of roles and supporting integrated multiprofessional health and care teams;
 - improving digital skills among the health and care workforce;
 - devising more flexible working arrangements; and
 - improving working conditions and developing other policies to attract and retain health and care workers.
11. We recognize there are links between these priorities, and that to make meaningful progress it is important to involve all key stakeholders, including representatives of the health and care workforce, their employers, national ministries of finance and education, and international non-profit organizations, trusts and foundations. It is in this spirit of cooperation that we put forward this declaration.





**World Health Organization
Regional Office for Europe**

UN City, Marmorvej 51

DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark

Tel: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

Email: eurocontact@who.int

Website: www.who.int/europe

© World Health Organization 2023. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO license.



Venerdì 24 MARZO 2023

Trentino. La provincia integra risorse per oltre 17 milioni

Oltre 14 milioni di euro sono impegnati per i costi energetici. Segnana: “Incremento importante che recepisce i contributi dello Stato a favore della nostra provincia. Maggiori risorse destinate alla copertura degli oneri derivanti dall’aumento dei costi energetici; alle prime misure del Piano pandemico influenzale, nonché alle prime attività per l’attuazione del Pnrr sul potenziamento dell’assistenza domiciliare integrata”.

Su proposta dell’assessore alla salute **Stefania Segnana**, la Giunta provinciale ha integrato le risorse destinate al servizio sanitario provinciale. La delibera dispone una variazione aggiuntiva che ammonta complessivamente a 17.196.728 milioni di euro. “Un incremento importante - così l’assessore Segnana - che recepisce i contributi dello Stato a favore della nostra provincia. Maggiori risorse destinate alla copertura degli oneri derivanti dall’aumento dei costi energetici, alle prime misure previste dal Panflu-Piano pandemico influenzale, nonché alle prime attività che saranno programmate con successivo provvedimento per l’attuazione dell’investimento PNRR sul potenziamento dell’assistenza domiciliare integrata”.

Nel dettaglio, 14.553.403 euro sono impiegati per far fronte all’aumento dei **costi energetici**.

Seguono risorse per 90.692.000 euro in continuità con l’anno 2021 per le attività di prevenzione per la sicurezza sul lavoro.

Ci sono poi 1.813.834 euro destinati alle prime misure del Panflu-Piano pandemico influenzale e 738.799 euro, come prima quota, riservati all’attuazione dell’investimento PNRR per l’assistenza domiciliare integrata.

Giovedì 23 MARZO 2023

Vaccini. Dopo il confronto tra Ministero e Regioni arriva la nuova versione del Piano nazionale 2023-2025. Dal nuovo calendario al rafforzamento del territorio ecco tutte le novità

Torna all'attenzione della Stato Regioni, in versione aggiornata, il provvedimento che ridisegna le strategie vaccinale per il prossimo triennio. Come [già anticipato su Quotidiano Sanità](#), tra le novità spiccano un Calendario vaccinale “distinto e facilmente aggiornabile” e la riorganizzazione dei servizi territoriali con la regia dei Dipartimenti di prevenzione delle Asl e il rafforzamento della Rete dei Mmg, pediatri, farmacie e personale preposto alle vaccinazioni. [IL PIANO NAZIONALE VACCINI](#)

Mantenere lo status polio-free, eliminare morbillo e rosolia e rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle malattie correlate all'Hpv. E ancora, raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale. Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia andando incontro alle esigenze del cittadino/paziente. E poi, ingranare la marcia dell'informatizzazione per le anagrafi vaccinali regionali mettendo quindi a regime l'anagrafe vaccinale nazionale. Infine, migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino, ridurre le disegualianze esistenti, rafforzare la comunicazione e promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

Sono questi alcuni degli obiettivi del nuovo **Piano nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025**, che ritorna sul tavolo della Conferenza Stato Regioni in una versione aggiornata rispetto a quella presentata nel mese di gennaio e [anticipata da Quotidiano Sanità](#).

Il nuovo testo presentato dal ministero della Salute, tiene infatti conto delle modifiche concordate in riunione con i tecnici delle Regioni. Tra le molte richieste le Regioni avevano indicato la necessità di evidenziare un percorso di condivisione con l'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali e di dare maggior rilevanza alla “governance” dell'offerta vaccinale nazionale e regionale, indicando che “la funzione di programmazione, monitoraggio e coordinamento è garantita dai Dipartimenti di Prevenzione o dalle Strutture di Sanità Pubblica previste”.

Sono state inoltre riviste la periodicità e le procedure di aggiornamento del Calendario nazionale vaccinale (novità di questo Piano) che si presenta come “documento distinto e, pertanto, facilmente aggiornabile in base ai futuri scenari epidemiologici, alle evidenze scientifiche e alle innovazioni in campo biomedico”.

Tra le novità inserite nel nuovo testo c'è quella sul vaccino contro il meningococco B (Men B) che viene raccomandato dal 2° al 5 mese di vita, e l'offerta al compimento dei 11-12 anni (tra i 12 e i 18 anni) della vaccinazione Men B che può essere integrata, alla luce della situazione epidemiologica della singola Regione/PA, per età, con ciclo in base al tipo di vaccino utilizzato.

Sono stati inoltre cancellati dagli obiettivi di copertura vaccinale previsti nel Calendario nazionale vaccinale, quelli a medio e breve termine e riviste anche le fasce di età entro le quali somministrare le dosi vaccinali.

Per il resto, il testo del Pnpv è rimasto sostanzialmente invariato, rispetto a quello anticipato. Tra i Punti di forza del nuovo Piano 2023-2025 spicca la riorganizzazione dei servizi vaccinali che fa tesoro dell’esperienza maturata durante la pandemia, la quale ha messo in luce le molte criticità del sistema. Tra le tante: la disomogeneità tra le procedure e l’offerta vaccinale in ogni Regione e Pa; il mancato raggiungimento dei valori target delle coperture vaccinali; le difformità nell’organizzazione e gestione del processo vaccinale (inclusa la registrazione delle vaccinazioni effettuate sul territorio nazionale) e le difformità logistiche e organizzative delle amministrazioni sanitarie locali necessarie a garantire l’erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale.

Punto cardine del nuovo Pnpv è il Calendario vaccinale, oltre a presentare l’offerta vaccinale attivamente e gratuitamente prevista per fascia d’età, contiene le vaccinazioni raccomandate a particolari categorie a rischio (per condizione medica, per esposizione professionale, per eventi occasionali, per vulnerabilità sociali ed economiche)”.

Riorganizzazione dei servizi e la rete Hub&Spoke

L’obiettivo sul fronte della riorganizzazione dei servizi è “raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando governance, reti e percorsi di prevenzione vaccinale”.

La riorganizzazione, si sottolinea quindi nel Piano, “deve condurre ad una unitarietà e una omogeneità dell’attività vaccinale sull’intero territorio nazionale, in ottemperanza coi Lea, per evitare disparità tra Regioni/PA e/o all’interno della medesima Regione/PA attraverso un’appropriata allocazione ai Servizi vaccinali di strutture idonee e di risorse umane adeguate sia sanitarie che non sanitarie”.

Il ruolo di regista è affidato ai Dipartimenti di Prevenzione che “garantiscono sul territorio le competenze specialistiche in tema vaccinale e la governance di tutte le offerte e i programmi di vaccinazione in ragione del loro ruolo a tutela della salute pubblica e al fine di perseguire gli obiettivi di copertura, omogeneità, accessibilità, equità e qualità nell’offerta vaccinale”.

Anche il monitoraggio degli obiettivi del Pnpv assume un ruolo strategico per la sua implementazione.

E quindi, si sottolinea nel testo, sarà sviluppato separatamente per permetterne un facile aggiornamento “Un piano di monitoraggio che tenga conto degli indicatori già presenti nel Pno e nei Lea”. E sarà istituita presso la Direzione Generale della prevenzione sanitaria del ministero della Salute una Cabina di regia ad hoc - composta da un numero ristretto di rappresentanti delle istituzioni coinvolte e delle Regioni - con il compito di coordinare e monitorare l’implementazione del Piano, e mettere atto percorsi congiunti per superare le eventuali criticità che si potrebbero presentare.

Calendario Nazionale Vaccinale per età

	2 mesi	3 mesi	4 mesi	5 mesi	6 mesi	10 mesi	12 mesi	13/14 mesi	5 anni	6 anni	11 anni	12-18 anni	19-59 anni	50-64 anni	60 anni	65 anni	66 anni e più
Esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus influenzae di tipo b (DTaP-IPV-HBV-Hib)	1																
Rotavirus (RV)	1																
Pneumococco coniugato (PCV)																	2
Meningococco B (MenB)	3																
Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella (MMRV o MMR+V)							4										
Meningococco ACWY (MenACWY)							5										
Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite (DTaP-IPV/dTap-IPV)									6								
Papillomavirus (HPV)											8						
Difterite, Tetano, Pertosse adulto (dTAP)																	9
Influenza (FLU)																	10
Herpes Zoster (HZV)																	11
																	12

Vaccinazione raccomandata per età

Nota Bene: i mesi e gli anni di vita si intendono compiuti. Esempi: la prima dose DTaP-IPV-HBV-Hib può essere offerta a partire da 2 mesi compiuti, ovvero a partire dal 61° giorno di vita; la dose di richiamo DTaP-IPV-HBV-Hib a 10 mesi, ovvero a partire dal 301° giorno di vita, ecc.

Obiettivi di copertura vaccinale

Si riporta l'obiettivo di copertura vaccinale per i vaccini previsti dal Calendario Vaccinale che saranno oggetto di costante rivalutazione e aggiornamento da parte della Cabina di Regia di monitoraggio del PNPV e sulla base delle esigenze di Sanità Pubblica.

Fascia di età*	Vaccinazione	Obiettivo di copertura vaccinale
A 12 mesi	Ciclo completo di rotavirus	≥90%
A 24 mesi	3° dose di difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Hib	≥95%
	Ciclo completo di meningococco B	≥90%
	1° dose di meningococco ACWY	≥90%
	1° dose di varicella	≥95%
	1° dose di morbillo, parotite, e rosolia	≥95%
	Ciclo completo di pneumococco coniugato (PCV)	≥95%
A 6 anni	4° dose difterite, tetano, pertosse, poliomielite	≥95%
	2° dose di morbillo, parotite e rosolia	≥95%
	2° dose di varicella	≥95%
A 15 anni	Richiamo meningococco ACWY	≥95%
	Ciclo completo di HPV	≥95%
	5° dose di Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite	≥90%
	2° dose di Morbillo Parotite Rosolia (recuperi)	≥95%
	2° dose di Varicella (recuperi)	≥95%
A 65 anni	Herpes Zoster	≥50%
	Pneumococco	≥75%
>= 65 anni	Influenza	≥75%**

*si intendono mesi e anni di vita, compiuti (quindi al compimento dei mesi e anni indicati)

** e comunque secondo quanto indicato dalla circolare del Ministero della Salute

Ester Maragò

M5S: "Rsa di Vicofaro, sì della Giunta Tomasi a cementificazione e sanità privata"

Di Redazione 22 Marzo 2023

254 0

PISTOIA – "Il Consiglio Comunale di Pistoia ha adottato, a maggioranza, la variante urbanistica per la realizzazione a Vicofaro di una gigantesca RSA da 160 posti letto e 30 posti per la realizzazione di un centro diurno.



La seduta del Consiglio comunale che ha varato le Rsa di Vicofaro

Un mega complesso che andrà a cementificare un'area verde, allo stato attuale libera e permeabile, cioè FERTILE, per oltre 30 mila metri quadrati complessivi di consumo di suolo. Il riuso di edificazioni esistenti sarebbe stato, evidentemente, troppo poco remunerativo per gli investitori privati, ed un livello amministrativo e di programmazione del territorio troppo elevato per la Giunta Tomasi.

Il tutto, mentre le liste di attesa sul nostro territorio per posti in RSA sono a zero!!!

come ammesso dalla Vicesindaco e presidente della Società della Salute pistoiese, Anna Maria Celesti.

Non solo: il medesimo soggetto privato, Carron spa, ha presentato richiesta di realizzazione di altre due RSA, una a Quarrata da 160 posti letto, ed una a Serravalle da 120 posti.

Posti letto che si aggiungano a quelli già decisi per Buggiano e quelli paventati a Monsummano o Pieve a Nievole. Che abbia inizio la corsa a chi arriva primo, visto che pure i proponenti si accorgeranno che non c'è domanda! Questo progetto della RSA per ricchi nell'area di Vicofaro, inoltre aggira la norma regionale che prevede che le RSA non possano avere più di 80 posti letto, realizzandone sostanzialmente due in una nella stessa area.

Mentre ovunque si va nella direzione delle cure domiciliari, a Pistoia siamo ancora nel '900 e si realizzano mastodontiche strutture residenziali fuori tempo massimo. I cui posti, oltretutto, non saranno convenzionati e saranno, di conseguenza, costosissimi per l'utenza.

Da sempre il Movimento è impegnato nel portare avanti il principio dell'assistenza garantita anche alle fasce deboli ed, anche recentemente in Aula Parlamentare, nel promuovere progetti di cohousing, più idonei ad assistere e garantire una vita dignitosa anche nella "silver age"

Questa variante va a modificare le previsioni di strumenti urbanistici scaduti, proprio mentre si annuncia l'imminenza dell'apertura del nuovo ciclo di pianificazione. In buona sostanza, a Pistoia, le politiche urbanistiche si piegano agli interessi privati, sulla base di progetti remunerativi solo per loro. Gli interessi generali, invece, chi li tutela?

Riteniamo fuori luogo la reazione scomposta dell'Assessore Cialdi, il principio del "abbiamo vinto e comandiamo" mal si sposa con quello democratico con cui si elegge il Consiglio Comunale e tradisce una palese difficoltà a giustificare una scelta folle e dannosa per il territorio

Ora la palla passa ai cittadini pistoiesi. Ci sono 60 giorni per presentare osservazioni, prima di tornare in Consiglio Comunale per la definitiva approvazione".

Movimento 5 Stelle



Notizie



Sanità Privata in Basilicata, Consigliere regionale Cifarelli (PD): dal Presidente Bardi solo false promesse

23 MARZO 2023 | REDAZIONE | NO COMMENTS | NOTIZIE MEDICHE, POLITICA

Nike Roma Termini
Nike Store
Visita i Nike Store per scoprire i nuovi modelli Air Max.

[Store info](#) [Directions](#)

Nike Roma Termini
Nike Store
Visita i Nike Store per scoprire i nuovi modelli Air Max.

[Store info](#) [Directions](#)

L'ausilio della sanità privata in Basilicata è sempre stato determinante per la elargizioni di servizi sanitari che diversamente avrebbero provocato liste d'attesa bibliche per il nostro sistema sanitario regionale. E' quanto afferma il capogruppo PD in Consiglio regionale, Roberto Cifarelli. Tuttavia il Presidente Bardi ed il suo assessore al ramo sono riusciti oltre che a determinare una crisi di credibilità del nostro sistema sanitario pubblico regionale, che determina l'emorragia dei cittadini lucani verso ospedali fuori regione, anche a mettere in crisi, rendendola insostenibile, anche la sanità privata.

E' dal secondo semestre del 2022 che il settore è in crisi. Nonostante i tavoli regionali e le assicurazioni arrivate dall'assessore al ramo e soprattutto dal Presidente Bardi, di fronte abbiamo una situazione di crisi profonda a causa della insufficienza delle risorse messe a loro disposizione dalla Giunta regionale che determina lo scoramento di un settore fondamentale per la nostra comunità e la messa in pericolo di centinaia di unità lavorative.

Lasciando da parte le considerazioni generali, quello che è paradossale è la risposta che la giunta regionale ha disposto per le strutture private: esse possono lavorare in regime di accreditamento, ovvero in convenzione con il pubblico, solo 15 giorni al mese. Cioè, il Governo regionale, invece di prendere coscienza della insostenibilità della situazione della sanità lucana privata, decide di dire: cari cittadini potete usufruire dei centri accreditati solo per 15 giorni al mese; gli altri giorni attaccatevi al tram (si dice dalle nostre parti). E' quanto dichiara il Capogruppo in Regione Roberto Cifarelli.

Tutto questo ingenerando con furbizia, sottolinea Roberto Cifarelli, la fantasiosa ricostruzione che vede la Basilicata come una regione del sud Italia che ha una sanità pubblica relativamente sottodimensionata rispetto alle esigenze della popolazione e dunque essendo la sanità privata non all'altezza di sopperire a questo problema ne deriva, quindi, che la sanità privata in Basilicata, limitando l'accesso ai servizi sanitari per molte persone, compromette la qualità complessiva della sanità nella regione.

Dunque, secondo la ricostruzione di amici del Presidente Bardi, per colpa della sanità privata, che rischia di collassare grazie al Presidente Bardi ed al suo evanescente assessore al ramo, i cittadini lucani vanno fuori regione a farsi curare.

Stante l'attuale situazione degli ospedali lucani e della medicina del territorio, ancor più dopo l'ipotesi di riorganizzazione attraverso l'accorpamento dei Distretti sanitari, il diritto alla salute dei cittadini è messo seriamente in discussione. A tutto ciò -prosegue l'esponente del PD lucano- si aggiunge la crisi in cui versa la sanità privata. Un quadro drammatico che senza un intervento immediato rischia di aggravarsi ancora di più nelle prossime settimane.

Il blocco delle attività delle strutture private accreditate, continua Cifarelli, sta allungando ancor di più le già insopportabili liste di attesa. Il rischio è la paralisi totale ed una situazione che non ha precedenti in Basilicata per la quale la responsabilità è da addebitare esclusivamente alla incapacità politica ed amministrativa di un centrodestra che ha anteposto lo spoil system alle reali esigenze di programmazione in un comparto delicatissimo.

Le manifestazioni sui territori dei cittadini, dei sindacati e, da ultimo, la clamorosa protesta della sanità privata sanciscono una frattura tra società lucana e Governo regionale difficilmente sanabile in tempi brevi.

Occorrerebbe un intervento strutturale attraverso un nuovo piano sanitario regionale, piuttosto che interventi tampone.

Per intanto -conclude il Capogruppo del PD di Basilicata- invitiamo il Presidente Bardi e l'Assessore Fanelli ad affrontare con immediatezza il grido di dolore che proviene dalle organizzazioni della sanità privata.

Certificate di invest

17,50% Premio Annuo condizionat
sulle Banche Italiane

OraFinanza.it

«Chi tocca gli interessi della sanità privata muore»



LA RIFLESSIONE gio 23 marzo 2023

POLITICA di La Redazione

🕒 2min



Deanna Ciro @TermoliOnline

TERMOLI. «Le annunciate dimissioni del presidente della giunta regionale Donato Toma da commissario straordinario alla sanità, se di fatto mette a nudo lo scontro di potere all'interno del centro destra molisano, dall'altro dimostra come ormai diventa impossibile mettere mano agli interessi finanziari delle strutture sanitarie private accreditate all'interno del servizio sanitario». Così Pasquale Sisto, segretario regionale Molise Prc/Se.

«La pietra dello scandalo è dovuta all'azione della struttura commissariale, che per la prima volta, in 14 anni di commissariamento, ha determinato che il budget alle strutture private deve essere assegnato dopo aver stimato il fabbisogno assistenziale dei pazienti; che i contratti ai privati devono essere predisposti a inizio anno anziché alla fine, che il budget deve essere incrementato per le cure ai molisani anziché agli utenti di fuori regione; e soprattutto dopo anni di follie finanziarie e contabili, è stato fissato il tetto invalicabile all'extra budget per gli utenti extraregionali. Ci sarebbe da dire: era ora! Dopo anni di denunce, manifestazioni e cori di indignazione finalmente si mette mano agli interessi delle strutture private che drenano soldi alla sanità pubblica. Invece, la nostra regione si conferma una regione all'incontrario. Di fatto sotto i ricatti del management delle aziende private, le pressioni di settori dell'opinione pubblica, una ondivaga opposizione in consiglio regionale (oggi per la sanità pubblica, domani forse, dopodomani con i sondaggi e la pancia della gente) l'intera struttura commissariale si dimette e tutto torna come prima..... del resto bisogna rispettare le tradizioni: tutto deve finire a tarallucci e vino.

Forse è necessario sottolineare la crescita considerevole della spesa sanitaria

servizio sanitario pubblico hanno provocato dal 2010 e 2019 la chiusura di 173 ospedali (due in Molise) e 837 strutture di assistenza specialistica ambulatoriale. Il personale sanitario è diminuito di 42mila unità. Non si intravedono, almeno al momento, soluzioni alla drammatica crisi in cui versa il Servizio Sanitario Nazionale, e d'altra parte non potrebbe essere altrimenti. Se da un lato, prosegue il definanziamento pubblico alla sanità, dall'altro il PNRR vincola fortemente per gli anni a venire le decisioni in materia sanitaria, andando a plasmare un nuovo modello ospedaliero e di cura al di fuori di qualunque processo democratico. Infatti, tutte le decisioni vengono prese sulla base di piani programmatici elaborati dagli apparati burocratici europei e messi in atto meccanicamente dalle strutture statali. Il SSN, dunque – già indebolito dalla legge 502/92 dalla riforma "Bindi" del 1996, dal "federalismo sanitario" introdotto con la riforma del titolo V della Costituzione – è ora interamente soggetto alle decisioni di organismi sovranazionali che privilegiano chiaramente la dimensione privata su quella pubblica, tradendone così lo spirito originario sancito dalla Carta costituzionale. Ecco perché avremmo auspicato che intorno alla discussione sulla radioterapia al Gemelli venissero avanzate delle proposte al fine di intaccare le cause e cominciare ad avanzare proposte a partire dalla richiesta di bloccare le convenzioni con il privato e l'accreditato chiedendone la reinternalizzazione. Sicuramente non basta, ma non sarebbe poco come primo passo per ricostruire un servizio sanitario pubblico dove la salute è un bene comune e non una merce a disposizione dei ricatti di un fondo finanziario svizzero».

Vedi anche

Raccomandato da  outbrain

Sponsor



Sponsor





manutenzione. Visita il sito!

Ambrosi - Automotive World

gratis ogni giorno. Aderisci in pochi minuti

Scegli la libertà di avere la componente energia a prezzo bloccato per 12 mesi e 3 ore di componente energia gratuita ogni giorno. Scopri di più. Enel

Sponsor



Sponsor

La Nuova Carta di Credito Oro American Express ti aspetta.

€400 di sconto* sui tuoi acquisti con Carta e quota gratuita** il 1° anno.
American Express

130 GB, minuti illimitati e 500 SMS a 6,99 €/mese

[Scopri l'offerta](#)

Scegli subito Kena, Un'offerta che è un'opera d'arte!
Anche per nuovi numeri!
Kena Mobile

Sponsor

Sponsor

Scegli la Fibra Ultraveloce di TIM

[ATTIVA ORA](#)

Fibra TIM fino a 1 Giga a 25,90€/mese con Attivazione Inclusa. Affrettati!
TIM

Spumante Brut Metodo Classico Edition I Astuccio

[Acquista](#)

TANNICO

Sponsor

Sponsor

Payback: per le imprese sconto da oltre 1 miliardo e pagamenti a rate

Dispositivi medici

Le misure per alleviare la tagliola attese nel decreto sull'energia di martedì

Marzio Bartoloni

Per le imprese del settore biomedicale il Governo prepara uno sconto da oltre 1 miliardo da applicare alla dolorosa tagliola del payback sui dispositivi medici che in tutto vale 2,2 miliardi di somme da restituire alle Regioni. Alle aziende dovrebbe essere riconosciuta la possibilità di pagare a rate con i primi pagamenti che non dovrebbero scattare più a fine aprile - come previsto dal milleproroghe che aveva fatto slittare la precedente scadenza del 31 gennaio - ma solo nei prossimi mesi, molto probabilmente non prima dell'estate e con l'Iva che andrà a parziale credito, un meccanismo già impiegato per i farmaci.

È questa l'ipotesi più concreta sul tavolo del Governo che intende portare le misure per alleviare la scure del payback sulle imprese già il prossimo martedì in consiglio dei ministri per farle entrare nel nuovo decreto energia che dovrebbe calmierare ancora le bollette. Sui dettagli si lavorerà in questi giorni ma l'impianto è praticamente stato definito ieri in una riunione al ministero dell'Economia insieme alla Ragioneria generale dello Stato che è stata necessaria per trovare la quadra sulle risorse disponibili. Una riunione durante la quale si è cominciato anche a discutere della dote per il prossimo decreto Sanità a cui sta lavorando il ministro della Salute Orazio Schillaci da portare in consiglio dei ministri tra fine maggio e inizio giugno: si punta ad arrivare a circa un miliardo di risorse per

sonale sanitario incentivando straordinari e defiscalizzando parte dello stipendio dei camici bianchi prevedendo anche una stretta sul fenomeno dei medici gettonisti e premi per chi lavora nei "reparti trincea" come quelli di pronto soccorso.

Tornando alle misure sul payback - un meccanismo che prevede che le aziende del biomedicale restituiscano metà dello sfioramento del tetto di spesa sugli acquisti dei dispositivi medici da parte di Asl e ospedali - le somme da restituire si calcoleranno sui fatturati (e non sugli utili) delle aziende. Ma per poter accedere agli sconti le imprese, secondo un meccanismo a cui si sta ancora lavorando, dovranno rinunciare ai ricorsi al Tar (ne sono stati depositati oltre un centinaio): «Senza questa clausola

Prende corpo anche la dote di circa 1 miliardo per le misure del decreto Sanità del ministro Schillaci

rischia di diventare tutto ingestibile», avverte Ylenia Lucaselli (Fdi) che ha preso a cuore il dossier payback appena arrivata in Parlamento. «Abbiamo mantenuto la parola sul fatto che ce ne saremmo occupati. Considerato il recente buon andamento dei prezzi dell'energia ora sarà possibile utilizzare circa 1 miliardo per una parziale copertura del payback. Una somma - spiega la deputata - che verrà spalmata proporzionalmente sulle Regioni». Sfuma invece l'ipotesi di escludere dai pagamenti le aziende più piccole: «Sarebbe stato anticostituzionale prevedere due corsie. Ma stiamo lavorando anche su questo per provare a trovare dei meccanismi che le tutelino». Tra le ipotesi allo studio la definizione di percentuali massime di fatturato oltre il quale non potrà scattare il meccanismo del payback.



Screening per i tumori

Adesioni ancora basse

Nel 2021 c'è stato un recupero rispetto al crollo legato alla pandemia ma il livello di partecipazione rimane ridotto
E le differenze di offerta fra Nord e Sud sono ancora molto marcate

di Vera Martinella

Sono esami che in Italia vengono offerti gratis alle persone considerate più a rischio di ammalarsi, ma restano aperti due grandi problemi: da un lato moltissime cestinano l'invito che arriva a casa e rifiutano questa opportunità, dall'altro persistono differenze geografiche importanti nell'organizzazione degli screening, tuttora più diffusi al Nord rispetto al Centro-Sud. A fine settembre 2022, l'Unione europea ha ampliato le raccomandazioni, coinvolgendo persone più giovani e più anziane nei test già consigliati e proponendo nuovi esami, inseriti per aumentare la capacità di intercettare il cancro ai primi sintomi.

Su alcuni fronti però il nostro Paese è già all'avanguardia. «In Italia i programmi di screening oncologico per il tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto sono

considerati "Livelli Essenziali di Assistenza" (Lea) e ciò significa che devono essere garantiti a tutti i cittadini che ne hanno diritto» spiega Paola Mantellini, direttrice dell'Osservatorio nazionale screening (Ons), che ha sede presso dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica di Firenze (Ispro)».

A oggi è previsto che tutte le donne tra i 50 e i 69 anni ricevano ogni due anni una lettera d'invito dalla loro Azienda Sanitaria a eseguire gratis la mammografia.

«Inoltre, tutti i cittadini fra i 50 e i 70 hanno diritto, sempre ogni due anni, a eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (test Sof). Infine, ogni tre anni per le donne tra i 25 e i 64 anni è previsto il Pap test, che viene progressivamente sostituito dall'esame che va alla ricerca del Papillomavirus (Hpv), più efficace e da ripetere ogni cinque anni».

continua alla pagina seguente



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

L'utilità degli screening viene costantemente dimostrata da studi scientifici internazionali e da rigorose statistiche. Per aumentare la partecipazione si stanno valutando nuove modalità di contatto fra cittadini e Aziende sanitarie

Tumori: la diagnosi precoce serve davvero

di Vera Martinella

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

Negli ultimi anni, alcune Regioni (in ottemperanza al piano Nazionale di Prevenzione 2015-2019) hanno poi previsto l'allargamento dello screening mammografico e coloretale ad altre fasce di età.

«Il coinvolgimento delle 45-49enni per la mammografia si sta realizzando in Emilia-Romagna, Basilicata, Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Toscana e Campania — chiarisce Marco Zappa, epidemiologo ed ex direttore dell'Ons —; mentre le 70-74enni vengono coinvolte in Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Molise e Basilicata.

«Per quanto riguarda lo screening coloretale — continua Zappa — Lazio e Lombardia hanno ampliato la fascia di età estendendo l'offerta fino a 74 anni».

Differenze fra regioni

Nel 2019 secondo gli ultimi dati disponibili dell'Ons relativi alle fasce d'età previste a livello ministeriale, sono stati inviati 13 milioni di inviti per gli screening e i test eseguiti sono stati circa 6 milioni.

Nel 2020 gli screening hanno subito una battuta d'arresto a causa della pandemia Covid, con una riduzione di oltre 4 milioni di inviti e di 2 milioni di test rispetto all'anno precedente.

«Nel 2021, poi, la situazione è migliorata con un recupero della copertura (numero

di persone che hanno fatto il test sul totale delle persone aventi diritto per l'anno di riferimento in esame) rispetto ai livelli pre-pandemici e pari al 46% per lo screening mammografico, al 30% per il tumore del collo dell'utero e al 35% per il tumore del colon retto — puntualizza Giuseppe Gorini, epidemiologo dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica di Firenze (Ispro) —. Purtroppo, come nel periodo pre-pandemico, le differenze geografiche si confermano importanti con, in generale, una maggiore copertura al Nord (63% per il mammografico, 41% per il collo dell'utero, 45% per il colon retto) rispetto al Sud (23% per il mammografico, 22% per il collo dell'utero, 10% per il colon retto)».

L'adesione ai test

Gli screening oncologici sono stati messi a punto e convalidati su milioni di persone in tutto il mondo, sono sicuri ed efficaci.

Nel 2020, anno in cui a causa della pandemia si è comunque osservata una riduzione generalizzata della partecipazione, il valore nazionale di adesione ai programmi di screening è stato del 51% per lo screening mammografico, del 33% per lo screening del collo dell'utero e del 34% per lo screening coloretale.

Purtroppo, proprio come con la copertura, la partecipazione non è uniforme in tutto il territorio italiano con differenze fra Nord e Sud.

Nel 2020, la partecipazione alla mammografia è stata del 59% al Nord e del 29% al Sud,

per il programma di screening cervicale è stata del 38% al Nord e del 21% al Sud e per quanto riguarda lo screening coloretale l'adesione al Nord è stata del 47% e del 16% al Sud. «Per aumentare l'efficacia dello screening e per garantire maggiore equità è assolutamente necessario attivare azioni che aumentino la partecipazione dei cittadini — sottolinea Paola Mantellini —. Ciò deve essere fatto sostanzialmente in due modi: garantendo un accesso ai servizi il più capillare possibile sul territorio con tanti punti di erogazione del test, vicini e comodi per i cittadini, e aumentando la consapevolezza delle persone in merito all'importanza di partecipare: sono esami che possono davvero salvare la vita, fare la differenza fra la prevenzione di un tumore o la guarigione completa, da un lato, e la morte dall'altro, se la neoplasia è scoperta tardi».

Se non si riceve l'avviso

Lo screening organizzato prevede che ogni persona avente diritto riceva una lettera di invito inviata per posta al proprio indirizzo di residenza.

«Per questo motivo è necessario che le anagrafi degli assistiti delle Aziende sanitarie siano aggiornate e, purtroppo, questo non accade sempre — ricorda Zappa —. Nel caso in cui i cittadini non ricevano la lettera d'invito devono contattare i programmi di screening o attraverso i servizi di call center o attraverso l'indirizzo di posta elettronica del programma per richiedere un appuntamento. Ultima-

mente, per facilitare l'accesso, si stanno valutando nuove modalità di contatto con i cittadini e in alcune Aziende sanitarie si sta sperimentando, in aggiunta alla lettera inviata per posta, l'invio della comunicazione sul Fascicolo sanitario elettronico. Possiamo infine ipotizzare che, in un prossimo futuro, appena si potrà disporre del domicilio digitale al quale raggiungere tutti i cittadini la lettera non sarà più necessaria».

Quanto cala il rischio

«L'utilità degli screening viene costantemente dimostrata da studi scientifici internazionali e da rigorose statistiche — spiega la direttrice dell'Osservatorio nazionale screening —. Dai dati emerge che fare regolarmente la mammografia riduce il rischio di morire per tumore al seno del 40% ed eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci diminuisce del 20% il pericolo di ammalarsi di carcinoma coloretale e del 40% quello di morire. Effettuare il Pap test fa calare del 60-70% la probabilità di un cancro della cervice, e con il test per la ricerca dell'Hpv questa protezione cresce ulteriormente».

Nel 2020, ultimo dato aggiornato disponibile, il numero di carcinomi mammari identificati allo screening è stato pari a 6.061, le lesioni CIN2+ identificate a seguito del Pap test sono state 1.754, mentre per quanto riguarda lo screening del colonretto i cancri e gli adenomi avanzati diagnosticati sono stati 1.402 e 10.286 rispettivamente. In

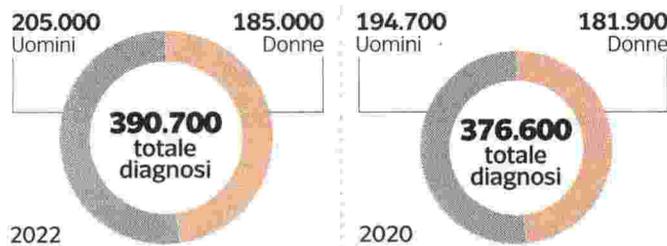
merito allo screening cervicale con test Hpv, il dato più completo relativo al 2019 registra 4.509 lesioni Cln2+.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al Nord la copertura è significativamente maggiore rispetto a quella del Centro-Sud

Nel 2019 sono stati spediti 13 milioni di inviti e i test eseguiti sono stati circa 6 milioni

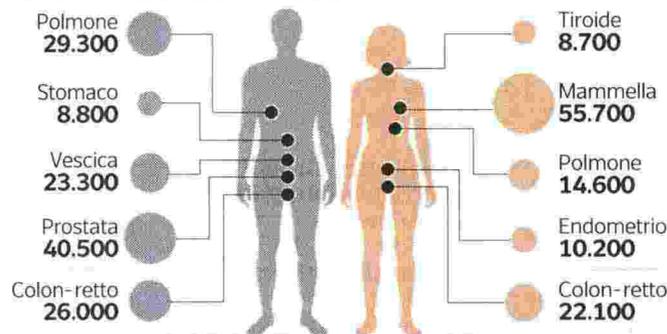
Numeri dei tumori in Italia



I più frequenti (nuovi casi/rispetto al 2020)

Tumore	Uomini	Donne
Mammella	-	+0,5%
Colon-retto	+1,5%	+1,6%
Polmone	+1,6%	+3,6%
Prostata	+1,5%	-
Vescica	+1,7%	+1,0%

L'incidenza in uomini e donne



Prevalenza e guarigione



Fonte: I numeri del Cancro in Italia 2022

CdS

Le stime

● Secondo le stime più recenti un italiano su tre si ammalerà di cancro nel corso della sua vita e i casi nel nostro Paese sono in aumento: i tumori sono più frequenti dopo i 65 anni e la crescita appare per lo più collegata all'invecchiamento generale della popolazione. I numeri indicano anche che in Italia la mortalità è in calo (sono, comunque, oltre 180mila i decessi annui) e che, in media, il 60% dei pazienti è ancora in vita cinque anni dopo la diagnosi. Se inevitabilmente una diagnosi di tumore continua a fare paura, troppi connazionali non conoscono o non mettono in pratica quelle poche buone ed efficaci regole per limitare le probabilità di ammalarsi.



CODICE EUROPEO CONTRO IL CANCRO

<p>1 IL FUMO</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Non fumare ■ Non consumare nessuna forma di tabacco 	<p>2 IL FUMO E GLI AMBIENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rendi la tua casa libera dal fumo ■ Sostieni le politiche che promuovono un ambiente libero dal fumo sul tuo posto di lavoro 	<p>3 IL PESO</p> <p>Attivati per mantenere un peso sano</p> 
<p>10 LE DONNE</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'allattamento al seno riduce il rischio di cancro per la madre. Se puoi, allatta il tuo bambino. ■ La terapia ormonale sostitutiva (TOS) aumenta il rischio di alcuni tipi di cancro. Limita l'uso della TOS 	<p>11 I FIGLI</p> <p>Assicurati che i tuoi figli partecipino ai programmi di vaccinazione contro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'epatite B (per i neonati) ■ il papillomavirus umano (HPV) 	<p>4 L'ATTIVITÀ FISICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Svolgi attività fisica ogni giorno ■ Limita il tempo che trascorri seduto 
<p>9 IL RADON</p> <p>Accerta di non essere esposto a concentrazioni naturalmente elevate di radon presenti in casa. Fai in modo di ridurre i livelli elevati di radon</p> 	<p>12 LO SCREENING</p> <p>Partecipa a programmi organizzati di screening per il cancro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dell'intestino (uomini e donne) ■ del seno (donne) ■ del collo dell'utero (donne) 	<p>5 LA DIETA</p> <p>Segui una dieta sana:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ consuma molti e vari cereali integrali, legumi, frutta e verdura ■ limita i cibi grassi e le bevande zuccherate ■ evita le carni conservate; limita il consumo di carni rosse e di alimenti ad elevato contenuto di sale 
<p>8 LE NORMATIVE</p> <p>Osserva scrupolosamente le istruzioni in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro per proteggerti dall'esposizione ad agenti cancerogeni noti</p> 	<p>7 IL SOLE</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Evita un'eccessiva esposizione al sole, soprattutto per i bambini ■ Usa protezioni solari ■ Non usare lettini abbronzanti 	<p>6 GLI ALCOLICI</p> <p>Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limitane il consumo. Per prevenire il cancro è meglio evitare di bere alcolici</p> 

(a cura della Organizzazione Mondiale della Sanità, della IARC e della Commissione Europea)

CdS

LA SANITÀ

Ecco il decreto Schillaci arrivano 15mila medici

PAOLO RUSSO

I pasdaran di Schillaci e Giorgetti insieme a quelli delle regioni sono già a lavoro per affrontare l'emergenza sanità, fatta di liste d'attesa interminabili, pronto soccorsi intasati, letti degli ospedali in overbooking. - PAGINA 7



REPORTERS

Molte regioni rischiano i conti in rosso e il commissariamento

Su La Stampa

Orazio Schillaci "Tetto ai gettonisti, più soldi a chi è in prima linea La nostra ricetta per risolvere gli ospedali"



L'intervista pubblicata ieri in cui il ministro della Salute Orazio Schillaci ha anticipato i temi del maxi decreto: più soldi a chi è in prima linea e territori da potenziare



IL RETROSCENA

Sanità, salta il tetto per il personale “Così assumeremo 15 mila gettonisti”

Incontro al Mef con i tecnici di Schillaci: governo pronto a stanziare 2 miliardi di euro
Tagli alle liste d'attesa, l'obiettivo è recuperare posti letto dalle strutture convenzionate

PAOLORUSSO
ROMA

I pasdaran di Schillaci e Giorgetti insieme a quelli delle regioni sono già a lavoro per affrontare l'emergenza sanità, fatta di liste d'attesa interminabili, Pronto soccorsi intasati, letti degli ospedali in overbooking e servizi territoriali che fanno acqua da tutte le parti. Perché a Palazzo Chigi è già scattato l'allarme su come tutto questo rischi di tramutarsi in perdita del consenso elettorale. Un problema che rischia di acuirsi se i conti delle regioni continueranno ad andare a rotoli, portando di nuovo molte di loro al commissariamento, con relativo obbligo di adottare piani di rientro, che implicano nuovi tagli delle prestazioni e blocco drastico delle assunzioni. Un pericolo che corrono anche diverse regioni governate proprio dal centro-destra. A partire dal neo conquistato Lazio, ma con in bilico anche Piemonte, Umbria e Abruzzo, mentre Calabria e Molise rischiano di rimanere commissariate a lungo.

Così ieri i tecnici di Salute, Mef e regioni più Ylenia Lucaselli, deputata FdI in rappresentanza della maggioranza, hanno iniziato il confronto a tutto campo sul “piano Schillaci”, anticipato dallo stesso

ministro nell'intervista pubblicata ieri da *La Stampa*. Per ora sul piatto il governo metterebbe 2 miliardi di euro. Anche se la dote potrebbe salire quando ad aprile con il nuovo Def si vedrà se tra minori costi della bolletta energetica, ripresa del Pil e gettito delle sanatorie fiscali ci sarà un tesoretto al quale attingere per finanziare un decreto che non vedrà la luce prima di giugno. Salvo un anticipo nel consiglio dei ministri di martedì prossimo, quando un decreto legge addosserà allo Stato un miliardo dei 2,2 di pay back, dovuti alle regioni dalle imprese produttrici di dispositivi medici per ripianare lo sfioramento di spesa per cose che vanno da garze e cerotti a tac e risonanze. Il restante miliardo e 200 milioni lo metteranno le aziende, forse con uno sconto per quelle di piccole dimensioni, salvo la possibilità per tutte di portare in detrazione d'imposta i circa 200 milioni di Iva versata. Sembra un provvedimento tecnico, ma toglie in parte le castagne dal fuoco alle regioni che con lo sblocco dei pagamenti ridaranno un po' di ossigeno ai loro bilanci.

Per il resto, come spiega Lucaselli, «uno dei punti centrali del futuro decreto sarà quello del potenziamento degli organici medici realizzato inseren-

do paletti più rigidi all'utilizzo dei circa 15 mila medici a gettone, che saranno incentivati a entrare invece come dipendenti nel servizio pubblico, rispettando limiti di età e competenze, in base alle quali non sarà più possibile che un ortopedico finisca a cardiologia o un over 70 in sala operatoria. La copertura di spesa arriverà dai risparmi conseguiti limitando il ricorso alle cooperative, che per ogni turno di lavoro chiedono fino a quattro volte tanto il costo di un dipendente». Insomma una partita di giro che per essere realizzata richiederà però di derogare all'anacronistico tetto di spesa per il personale sanitario, che ancora oggi vincola le regioni a non spendere più di quanto speso nel 2004, diminuito dell'1,4%.

Per attirare i medici nelle prime linee del Pronto soccorso o a lavorare in specialità come virologia o radiologia, che hanno poco appeal perché si fa poco privato, c'è poi un altro pacchetto di incentivi. Il primo è quello che tassa solo al 15% l'indennità di specificità medica, che si aggira sui mille euro al mese. L'altro è quello di far aumentare in futuro l'assegno previdenziale con una quota di contributi figurativi per ogni anno lavorato nei reparti più disagiati.

Per tagliare le liste di attesa si punta ad aumentare la remunerazione per le prestazioni aggiuntive, che un decreto dell'era Covid aveva fissato a 80 euro l'ora per i medici e 50 per gli infermieri. Incentivi rimasti però sulla carta perché per essere applicati era previsto un regolamento mai scritto. Per le prestazioni aggiuntive su piatto ci sarebbero 100 milioni che andrebbero ad aggiungersi ai 360 stanziati dal decreto milleproroghe.

«Ma si sta rivedendo anche l'attività libero professionale dei medici dentro gli ospedali - rivela sempre Lucaselli - perché oggi molti di loro per visitare privatamente occupano spazi pubblici dal lunedì al venerdì, che in parte potrebbero essere recuperati per incrementare l'offerta in regime Ssn». Sui posti letto invece più che aumentare quelli negli ospedali pubblici, operazione dai costi non indifferenti, si punta a recuperare quelli che le strutture private convenzionate spesso si riservano per i pazienti solventi. E sempre da accordi con i privati dovrà arrivare una maggiore offerta di prestazioni in funzione anti liste di attesa. Una formula che farà storcere il naso a chi sostiene che quando il pubblico si ritira dalla gestione la sanità diventa poi più diseguale. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SI SMATERIALIZZANO LE «ISTRUZIONI»

Svolta per i farmaci: un Qr code al posto del bugiardino

Proposta della Commissione Ue. Ma per gli anziani sarebbe il caos

Domenico Ferrara

■ Il bugiardino? Presto potrebbe essere un lontano ricordo. Non ditelo agli anziani, però, non sia mai che si scateni l'allarme e la paranoia. A chi ha parlorito l'idea, cioè la Commissione Europea, questo tema però non sembra preoccupare. La priorità sono salvare l'ambiente, riducendo l'uso della carta, e ottimizzare i costi delle case farmaceu-

tiche. Come? Con un *Qr Code*, cioè un codice digitale che sarà possibile visualizzare con l'utilizzo di un cellulare. Immaginate un anziano prendere uno smartphone per leggere dosaggio, controindicazioni e interazioni.

C'è da chiedersi se sia la strada giusta per un paese come il nostro in cui la popolazione con più di 64 anni assorbe oltre il 60% della spesa in medicine. Per Bruxelles, ci saranno vantaggi an-

che per le catene di approvvigionamento e meno problemi di carenza di medicine. Ma il rischio - molto alto - è che le persone vulnerabili e meno digitali non riescano ad accedere a informazioni essenziali per la loro salute. Per fortuna, la linea della Commissione sembra lasciare ai paesi membri la scelta di quando introdurre la novità. Ma speriamo che l'Italia rifletta bene sul da farsi.



La sanità rossa verso il commissariamento

L'Emilia rischia la bancarotta per i buchi fatti con la Schlein

Appalti alle coop e ai cognati, megastipendi ai dirigenti, ma i pronto soccorso chiudono in tutta la Regione. E a Bologna chiedono che lo Stato ripiani il bilancio

ANDREA MORIGI

■ Più dei 400 milioni di rosso, la prova del fallimento della sanità emiliano romagnola è la fuga dei pazienti verso il Veneto e la Lombardia. Naturale, visto che le prestazioni in lista d'attesa nel 2021 avevano raggiunto la quota record di 1.175.816. A Bologna, la giunta si vanta di avere un piano per abatterle, che in realtà consiste nello scaricare sulle Regioni vicine i costi del servizio ai propri assistiti. Poi occorrerà pagare per visite, ricoveri, interventi e terapie svolti oltre i confini. L'unica priorità sembra tagliare i costi. Anzi, si chiudono addirittura i pronto soccorso, come si prevede di fare a Cento, nel Ferrarese, mentre si aboliscono 14 posti letto in terapia intensiva al Sant'Orsola di Bologna e viene ridotto il numero anche all'Ospedale Maggiore. Il tutto per giustificare la mancanza di 5mila operatori nel comparto e di migliaia di medici.

SPRECHI

Intanto si prende tempo per non dover ammettere che il Piano sociale e sanitario regionale, illustrato nel gennaio del 2022 dall'allora vicepresidente con delega al Welfare, Elly Schlein, e dall'assessore alle Politiche per la salute, Raffaele Donini, è stato un buco nell'acqua. Anzi, un buco di bilancio tale che ora si paventa addirittura un

commissariamento del servizio pubblico. La capogruppo di Fratelli d'Italia in Regione, Marta Evangelisti, ritiene che «la sola via di uscita possibile, e ci auguriamo non tardiva, sarebbe quella di un commissariamento dell'assessorato». È dallo scorso novembre che, insieme ai consiglieri Giancarlo Tagliaferri e Luca Cuoghi chiede «quali sono tempi e modi per mettere completamente in atto la riorganizzazione sanitaria ma soprattutto quali meccanismi sono stati previsti per il monitoraggio sull'efficienza del nuovo modello proposto».

«Entro il 30 aprile», osserva il deputato di Fdi Mauro Malaguti in un'interrogazione al ministro della Salute, Orazio Schillaci, «deve essere trasmesso al ministero dell'Economia e delle finanze il bilancio consuntivo della Regione, che dovrebbe illuminare anche sulla reale situazione di deficit del comparto sanità, dove normalmente è impiegato circa l'80% del bilancio regionale». Sarebbe l'occasione buona «per svelare eventuali sprechi nascosti nelle voci di spesa delle singo-

le direzioni sanitarie». Non si dovrebbe far troppa fatica a farli emergere, visto che «periodicamente si apprende di altre assunzioni di nuovi dirigenti con stipendi molto elevati». Come nel caso di Nicola Magrini, ex direttore dell'Agenzia del Farmaco, al quale l'Ausl Romagna ha affidato un incarico quinquennale per 700mila euro.

Per l'amministrazione guidata da Stefano Bonaccini la strada è semplice: reclamare l'aiuto dello Stato per ripianare i conti ed evitare i tagli. In quel caso sarebbe una macchia indelebile anche sull'operato dell'attuale segretaria del Partito Democratico. Si sancirebbe infatti che, sotto la sua amministrazione, si affonda nei debiti. Se i risultati sono questi, meglio allora non affidarle nulla da gestire, nemmeno una portineria di un condominio.

SCANDALI

Lo ammetteranno mai i compagni, secondo i quali la sanità emiliano romagnola è un «fiore all'occhiello»? Neanche per sogno. Semmai rilanciano con una riedizione del soccorso rosso: un appello a Schillaci per iniziativa dall'ex governatore Vasco Errani che ha già raccolto oltre 42 mila firme su Change.org. Ha il coraggio di metterci la firma pure la Schlein, che dichiara senza vergogna: «Ci mobilitiamo in ogni modo contro ogni taglio o privatizzazione. Siamo di

fronte a un pericolo imminente, il superamento di una sanità universalistica e l'avvio di fatto di una sanità selettiva che aggraverà le disegualianze tra chi può pagare e chi no».

Macché, accusa il sindacato Fials - Federazione Italiana Autonomie Locali e Sanità, la causa sono gli scandali a ripetizione. A partire dall'appalto di 400mila euro relativo ad Accreditation Canada sul quale è intervenuta l'Autorità nazionale anticorruzione perché l'affidamento, per un importo al di sopra della soglia di rilevanza comunitaria, in forma diretta e senza alcun previo confronto concorrenziale, non rispettava il Codice.

Ma il caso peggiore riguarda il mega appalto da 123 milioni di euro per la gestione dei servizi alla persona, vale a dire il trasporto e l'assistenza degenti, i servizi di pulizia, lavanderia e tutto quel che ci gira attorno, annullato nell'agosto 2020 dal Consiglio di Stato perché assegnato da un dirigente del Sant'Orsola alla Coopservice, colosso del mondo cooperativo legato a Legacoop, della quale era presidente il cognato e della quale era stato lui stesso dipendente. Non sembrano lontani gli anni '70 del secolo scorso, quando «l'Emilia Romagna era "cosa loro" e, nella provincia di Ferrara», ricostruisce l'on. Malaguti, «nascevano vecchi e costruiti male gli ospedali di Cona e del Delta, che ora hanno costi di gestione faraonici, in-

vece di ristrutturare i vecchi Sant'Anna e San Camillo».

Come conseguenza di tale trasparenza, serietà e rigore nei conti pubblici, sono state bloccate le graduatorie concor-

suali, non sono state pagate le indennità ai lavoratori del SSR e le assunzioni di personale stentano ad arrivare. A questo si aggiungono carichi di lavoro eccessivi e straordinari non

pagati, al netto delle difficoltà per i professionisti di fruire di ferie e permessi. Per questo «un mese fa abbiamo chiesto il commissariamento», ricorda a *Libero* Alfredo Sepe, se-

gretario della Fials Emilia Romagna, che annuncia una manifestazione sotto le Due Torri per il 15 aprile, in difesa della sanità pubblica e dei diritti di lavoratori e cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

I CONTI

■ Il buco della Sanità dell'Emilia Romagna è di 400 milioni. Sempre più pazienti si rivolgono al Veneto e alla Lombardia. Nel 2021 le prestazioni in lista d'attesa erano 1.175.816.

LA PRIORITÀ

■ È solo quella di tagliare i costi. La Regione chiude il pronto soccorso (com'è in previsione a Cento) e riduce i posti in terapia intensiva.



Stefano Bonaccini, presidente dell'Emilia Romagna (*LaPresse*)



Elly Schlein, 37 anni, segretaria del Pd



PANDEMIA E AFFARI

Sui vaccini profitti di Big Pharma con soldi pubblici

► MANTOVANI A PAG. 16



Vaccini: i profitti privati pagati con soldi pubblici

PARLAMENTO UE Il Forum Disuguaglianze e Diversità certifica: gli Stati hanno investito 30 miliardi, Big Pharma 16. Gli utili, finora, superano i 90 miliardi

COVID-19

» **Alessandro Mantovani**

E' firmato da tre studiosi italiani il rapporto che spazza via la retorica sul capitalismo virtuoso capace di liberarci, con i vaccini, dall'incubo del Covid. A monte dei vaccini c'erano soprattutto soldi - e quindi rischi finanziari - pubblici, non privati. Le aziende farmaceutiche hanno infatti investito circa 5 miliardi di euro per la ricerca e 11 per la produzione, per un totale di 16 miliardi. Ma quasi altri 30 miliardi di euro li hanno anticipati gli Stati, in misura largamente maggiore gli Usa, ma anche il Regno Unito e la Germania, tra sovvenzioni a fondo perduto per 9 miliardi e *Advanced purchase agreements* (Apa), ovvero i contratti di acquisto firmati a scatola chiusa prima dell'autorizzazione dei vaccini stessi, che valevano altri 20,9 miliardi (in proporzioni simili tra Stati Uniti e Unione europea).

SONO I RISULTATI principali dello studio presentato giovedì alla Commissione Covid del Parlamento europeo, che l'aveva commissionato, dal professor Massimo Florio, ordinario di Scienza delle finanze alla Statale di Milano e membro del Forum Disuguaglianze e Diversità (DD), che ha realizzato il rapporto con la collega di ateneo Simona Gamba, e Chiara Pancotti del Centro studi Csil. Rischi pubblici e profitti privati, dunque: "Ma a fronte di tale rischio gli Stati non hanno esercitato la funzione di governo e controllo delle decisioni di prezzo e distribuzione", sottolinea Fabrizio Barca, co-coordinatore del Forum DD.

I vaccini anti-Covid sono costati alla sola Commissione Ue ben 71 miliardi di euro fino al 2021 e hanno generato profitti eccezionali per i produttori: oltre 90 miliardi di dollari di utili, di cui 35 per la sola Pfizer, tra il 2021 e il 2022. Un'azienda all'origine relativamente piccola come la statunitense Moderna, che ha praticato i prezzi più alti partendo da 20 dollari a dose, ha investito poco più di 4 miliardi di dollari dal 2018 nelle ricerche che hanno poi condotto al vaccino Spikevax, potendo però contare su oltre 10 miliardi di euro tra sovvenzioni pubbliche e Apa. "Moderna sarebbe dovuto essere il vaccino pubblico degli Usa: c'era stata una collaborazione con l'istituto di Anthony Fauci, il National

Institutes of Health", ricorda il professor Florio. Pfizer, forte di una struttura produttiva ben più importante e con prezzi appena inferiori per l'altro vaccino a mRNA, non ha avuto sovvenzioni a fondo perduto, ma era in *partnership* con Biontech che ne aveva ricevute per oltre 600 milioni di euro dal governo di Berlino e dalla Banca europea degli investimenti. La stessa Pfizer ha comunque incassato quasi 6 miliardi di euro

in anticipo con gli Apa, firmati anche dall'Ue. AstraZeneca, che aveva prezzi di quasi dieci volte più bassi e ha prodotto il vaccino più utilizzato al mondo, soprattutto nel Sud del mondo, è stata finanziata dal Regno Unito e in parte dagli Usa per un totale di 2,5 miliardi di euro.

Quel vaccino a vettore virale, peraltro, era stato messo a punto dai ricercatori dell'Università (pubblica) di Oxford.

Prezzi e altri aspetti dei contratti erano coperti da segreto. "Abbiamo sentito tutte le imprese, alcune collaborative e altre no, poi la Corte dei conti europea, la Bei, la Commissione Ue, le istituzioni Usa. È stato un lavoro quasi investigativo", racconta il professor Florio. "Il punto fondamentale è che parliamo di quanto avvenuto prima dell'autorizzazione, cioè della parte a rischio. C'è stata totale asimmetria: le imprese

ci hanno messo molto meno di quanto ci hanno messo i contribuenti. La partita è stata giocata per lo più negli Stati Uniti, nel Regno Unito e in parte in Germania. La Commissione Ue è stata presa di sorpresa dal lato del sostegno alla ricerca, e ha reagito buttandosi spasmodicamente sui contratti di acquisto". Le scelte dell'esecutivo guidato da Ursula von der Leyen, del resto, sono già state sottoposte a severe critiche dalla Corte dei conti dell'Ue. E Von der Leyen ha evitato anche di spiegare agli europarlamentari la trattativa privata con il Ceo di Pfizer, Albert Bourla.

Secondo Florio è necessaria "una legislazione europea che metta su binari più equi i rischi in caso di

pandemia. Qui i negozianti - spiega - hanno improvvisato, non avevano linee guida, non è stata fatta una gara, non si è trattato sul prezzo per quanto sappiamo. I vaccini - osserva il professore - si possono fare anche come bene pubblico e poi si fa una gara per la produzione: così le imprese diventano fornitori, non proprietari. Anche Oxford avrebbe potuto avere più coraggio". Il Forum DD propone da tempo nuovi equilibri tra pubblico e privato: "Con l'eccesso di risorse finanziarie riversate alle imprese, i governi avrebbero potuto rafforzare i sistemi sanitari pubblici".

I NUMERI

71MLD

IL PREZZO Tanto sono costati alla Commissione europea i vaccini anti Covid acquistati a partire dal 2020

35MLD

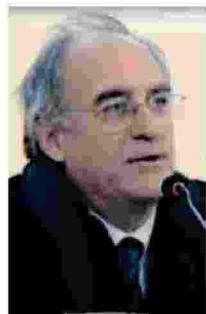
PFIZER I profitti incassati fino a oggi dalla principale delle multinazionali produttrici dei vaccini anti Covid, (su un totale di 90)

2,5MLD

ASTRAZENECA Il vaccino più utilizzato a livello globale, soprattutto nel Sud del mondo: è stato finanziato dal Regno Unito e in parte dagli Usa



La campagna mondiale
 A lato, Massimo Florio, docente e membro del Forum DD
 FOTO ANSA



Affare Moderna ha stanziato poco più di 4 miliardi di dollari potendo però contare su 10 miliardi di sovvenzioni



UNA INTERESSATISSIMA PIOGGIA DI DENARO

COSÌ PFIZER HA SOVVENZIONATO I MEDICI DURANTE LA PANDEMIA

Nel 2018 i finanziamenti del colosso farmaceutico in Italia erano appena 169.000 euro, nel 2020 e nel 2021 si è superata quota 10 milioni. Tra i destinatari anche enti e associazioni che poi spingevano per i vaccini

di **MADDALENA LOY**

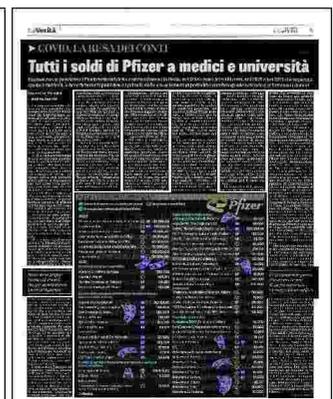


Un flusso generoso e ininterrotto di denaro a tutti, nel privato e nel pubblico: medici, società di congressi e di formazione, ma anche enti, associazioni di categoria, fondazioni, Asl, università e ospedali. I «trasferimenti di valore» (ToV, Transfer of values) dell'azienda farmaceutica Pfizer a tutto ciò che ruota intorno a medicina e salute sono infiniti e documentano come funziona - lecitamente - il sistema della «pesca a strascico» che ha ormai cronicizzato la dipendenza della medicina dall'industria del farmaco. Complice il progressivo ritiro dello Stato dal sostegno alla ricerca e allo sviluppo, i documenti pubblici che raccolgono i beneficiari Pfizer negli ultimi anni rendono plasticamente (...)

segue a pagina 5

Sono stati pagati anche gli eventi che promuovevano i sieri ai bambini

La propaganda passa attraverso i corsi di aggiornamento e i congressi scientifici



► COVID, LA RESA DEI CONTI

Tutti i soldi di Pfizer a medici e università

Esplosi con la pandemia i finanziamenti della multinazionale in Italia: nel 2018 erano 169.000 euro, nel 2020 e nel 2021 si è superata quota 10 milioni. A beneficiarne il pubblico e i privati, dalle associazioni di pediatri e cardiologi alle aziende che formano i dottori

Segue dalla prima pagina

di **MADDALENA LOY**

(...) se non ammanettata, alle aziende farmaceutiche, rappresentando i conflitti d'interessi che imperversano, aumentati negli anni della pandemia. I trasferimenti di valore della sola Pfizer per ricerca e sviluppo, che nel 2019 erano pari a 6.353.707 euro, nel 2020 sono balzati a 10.242.454 euro, per poi toccare quota 10.319.009 euro nel 2021. E pensare che nel 2018, la somma dei trasferimenti Pfizer in Italia era stata di «soli» 169.602 euro.

Al di là delle somme erogate urbi et orbi dalla multinazionale americana, è il variegato elenco dei beneficiari che balza all'occhio. Non sono soltanto i privati a godere del sostegno di Pfizer, ma spesso anche enti pubblici, associazioni e federazioni che, nel corso della pandemia, sono state consultate da stampa e media per convincere i cittadini a sottoporsi alla vaccinazione anti Covid. Cittadinanzattiva (organizzazione cattolica di sinistra che ha dato vita al Tribunale del malato) ad esempio, nel 2022 ha ricevuto 243.127 euro, dei quali 142.000 in donazioni e grants. Di questi ultimi, 101.000 sono stati impegnati per un focus sugli antivirali contro il Covid (di cui Pfizer è una delle maggiori produttrici, con il suo Paxlovid).

Altro esempio: a dicembre 2022 *La Verità* dedicò un articolo al webinar «Alfabetizzazione sanitaria ed esitazione vaccinale», organizzato dalla potente Fondazione Umberto Veronesi. Evento dal sapore propagandistico, risultò molto sbilanciato a favore della controversa vaccinazione anti Covid dei giovanissimi: ne scrivemmo perché a farsi portavoce dell'«urgenza vaccinale» sui bambini, nel

corso di quell'evento, furono decisori pubblici come il professor **Giovanni Rezza** dell'Istituto superiore della sanità e **Cinzia Caporale**, dirigente del Consiglio nazionale delle ricerche ed ex membro del secondo Cts rinnovato da **Mario Draghi**. Ebbene, quel convegno è stato finanziato proprio da chi quei vaccini li produce, ossia Pfizer, che ha dato alla Fondazione Veronesi un contributo di 120.000 euro, sotto forma di donazione, per il progetto «Io vivo sano - Prevenzione Vaccini».

Il 2021 è stato l'anno in cui l'opinione pubblica, incerta sull'opportunità della vaccinazione anticovid dei bambini e dei ragazzi poco scalfiti dal virus, ha subito forti pressioni a mezzo stampa, esercitate anche dai rappresentanti istituzionali. Sconcerta dunque constatare che tra i beneficiari delle sovvenzioni e donazioni della Pfizer ci siano associazioni come la Fimp, Federazione italiana medici pediatri, che a giugno 2021, quando fu approvato il vaccino Pfizer per gli over 12, elaborò il volantino-decalogo «Perché vaccinare tuo figlio adolescente contro il Covid», che campeggia ancora oggi negli ambulatori di tutti i pediatri di famiglia italiani. La Fimp ha ricevuto 128.300 euro da Pfizer nel 2021, e altri 130.476 nel 2020.

Anche la Sip, Società italiana pediatria, si è fatta notare in pandemia per lo zelo con cui ha sponsorizzato la vaccinazione dei bambini. Nel volantino «8 domande e 8 risposte sul vaccino Covid», ha minimizzato le miocarditi da vaccino («lievi, di modesta entità e risolvibili»), consigliando la vaccinazione anche per evitare «l'isolamento sociale», sic: Pfizer le ha offerto contributi per 59.650 euro nel 2019 (nel 2018 nulla).

Inizialmente istituito per curare i disturbi della cresci-

ta, anche l'Istituto auxologico italiano di Milano si è speso per la vaccinazione dei minori con i soliti mantra: «I vaccini a Rna-messaggero Moderna e Pfizer sono sicuri ed efficaci», «gli eventi avversi sono bassi, ma le persone hanno ancora timore, arrivando anche a non vaccinarsi». L'Istituto è arrivato «anche» a percepire 169.736 euro da Pfizer.

La polemica forse più feroce del 2020, poi proseguita anche nel 2021 e nel 2022, è quella che ha coinvolto i medici di base (Mmg, medici di medicina generale), alcuni dei quali accusati di non aver visitato i pazienti malati e di essersi appiattiti sulle indicazioni istituzionali che, almeno fino al 30 novembre 2020, suggerivano paracetamolo e vigile attesa per «curare» la malattia, in attesa che arrivassero i vaccini. Sono stati proprio gli Mmg a godere di molti finanziamenti erogati da Pfizer: nel 2020 hanno ricevuto 12.500 euro erogati alla Simg (Società italiana di medicina generale) e 86.977 euro concessi a Metis srl, la società scientifica dei medici di medicina generale, nel 2021 i contributi Pfizer sono saliti a 69.000 euro per la Simg e 254.720 euro a favore di Metis srl. Anche i rianimatori delle terapie intensive della Siaarti sono stati sostenuti da Pfizer: 63.000 euro nel 2020, 167.000 euro nel 2021.

Il 2021 è stato anche l'anno in cui sono partite le prime segnalazioni di eventi avversi da vaccino, che ad oggi, lo ricordiamo, sono 140.595, di cui 26.291 gravi e 971 segnalazioni di decesso post-vax. La scorsa settimana **Mario Giordano** ha mostrato in esclusiva a *Fuori dal Coro* le mail interne dell'Agenzia italiana del farmaco in cui, a fronte dell'arrivo, già a inizio 2021, di segnalazioni «rilevanti» di eventi avversi e tassi altissimi, funzionari Aifa raccomandavano che i dati «non

fossero pubblicati o divulgati». Anche le società specialistiche non ne fecero menzione, e ciò scoraggiò molti cittadini a inoltrare le segnalazioni, a tutt'oggi sottostimate. Gli eventi avversi si sono manifestati spesso come miocarditi, infarti e problemi cardiocircolatori. Nessuna associazione di categoria italiana ha mai preso in considerazione l'ipotesi che potesse essere stato il vaccino a slantizzare o scatenare questi problemi. Alcune di queste hanno ricevuto sovvenzioni da Pfizer: 70.750 euro alla Società italiana cardiologia nel 2020, 62.000 nel 2021 (niente nella tabella 2018), 541.940 euro all'Anmco (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri) nel 2020 e 533.656 euro nel 2021 (nel 2019 furono 362.250, nel 2018 solo argent de poche: 1.500 euro) e 20.665 alla Fondazione italiana per il cuore nel 2022.

La macchina della propaganda è stata ben oliata anche grazie alle sovvenzioni concesse da Pfizer alle aziende che organizzano eventi e congressi scientifici per conto di medici e università, e soprattutto alle società, accreditate presso il ministero della Salute, che fanno formazione Ecm (educazione continua in medicina). Paperone del 2021 è Qb Group (678.323 euro, oltre ai 77.850 del 2019 e i 117.307 del 2020), società di Padova, la città dove è nata la Fondazione «Sviluppo di terapia genica con tecnologia a Rna», beneficiaria a sua volta di 320 milioni di euro del Pnrr. È andata molto bene anche a Editree srl di Monza, che nel 2019 ha ricevuto da Pfizer ben 986.123 euro in sovvenzioni, mantenendone 320.426 nel 2020 e altri 327.893 euro nel 2021. A seguire Materia Prima s.r.l di Bergamo (137.640 euro nel 2020 e 494.341 euro, addirittura in donazioni, nel 2021),

agenzia di comunicazione leader nel settore medico. A fare incetta dei generosi contributi Pfizer anche Academy srl di Milano, Executive Congress srl di Firenze, Planning Congress di Bologna, Nadirex di Pavia, Dynamicon Education di Milano, Oliba srl di Roma e Aristeia di Genova, tra le tante. Una menzione a parte merita Edra Spa, società di consulenza che nel 2020 ha ricevuto da Pfizer 353.150 euro: il suo chief scientific offi-

cer è **Luca Pani**, ex direttore generale Aifa ed ex dirigente della commissione per la valutazione dei medicinali di Ema.

Altri importanti beneficiari dei contributi Pfizer sono le università e gli ospedali, sovvenzionati a macchia d'olio in tutta Italia: si va dalla Fondazione Irccs Ospedale San Martino di Genova, che ha ricevuto 77.893 euro in donazioni nel 2021 contro i

33.050 del 2019 e i 10.800 del 2020, all'Università di Genova (20.000 euro nel 2020 e 67.500 euro nel 2021, di cui 33.000 in donazioni), passando per l'Istituto San Raffaele di Milano, dove lavora il professor **Roberto Burioni** (40.000 euro di donazioni nel 2020, saliti a 151.741 nel 2021). Donazioni di piccola-media entità alle università di Foggia, Messina, Padova, Pavia, Verona, Torino, Milano, Pisa, Roma La Sapienza, Camerino

e Salerno nel 2021, oltre a quelle di Napoli, Milano Bicocca, Caserta, Ferrara, L'Aquila, Cagliari, Modena, Firenze, Varese Insubria e Ancona nel 2020. Per non dimenticare gli ospedali: si va dal Policlinico di Milano all'Istituto oncologico romagnolo di Forlì, passando per l'Ospedale Maggiore di Bologna. Elencarli tutti è impossibile, e stiamo parlando soltanto di Pfizer.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALCUNI DEI SOGGETTI FINANZIATI

SP Accordi di sponsorizzazione per eventi **D** Donazioni e contributi

csc Consulenze e prestazioni scientifiche

2022

AIL Associazione Italiana contro le leucemie	D SP	131.585,00
Cittadinanzattiva	D SP	243.127,79
Fondazione Italiana per il cuore	SP	20.665,00
Federazione delle associazioni emofilici	D	32.000,00
Fondazione Paracelso Onlus (emofilia)	D	40.000,00
Uniamo federazione Italiana Malattie rare	D	25.000,00
Fondazione Umberto Veronesi	D	120.000,00
Incontradonna	SP	167.600,00

2021

Società di congressi scientifici

Academy Srl Milano via Aosta	SP	262.502
Materia Prima srl	D	494.341
Planning Congressi srl Bologna	SP	218.281
Executive congress srl Firenze	SP	321.198

Società di formazione dei medici (accreditate presso Ministero della salute)

Dynamicon education srl	SP	367.124,93
Health Meeting Group Cagliari	SP	185.600
Idea Congress srl roma	SP	123.000
Micom srl Milano	SP	159.187
QB GROUP srl Padova	SP	678.323
Summit srl Varese	SP	114.101

Case editrici

Editree srl (Journal of Clinical Study)	SP	327.893
Il pensiero scientifico editore	SP	105.330
Mattioli 1885 srl Fidenza	SP	97.000
Carocci editore rom	SP	24.100
UPI Pisa University press	SP	58.560

Società di servizi e consulenza per aziende sanitarie e farmaceutiche

Alira Health Srl Milano	csc	143.510,90
Oliba srl Roma	D	111.531

Enti pubblici

Consorzio Interuniversitario Nazionale per la Bio-Oncologia (CINBO)	D	12.000
---	----------	---------------

LaVerità

Associazioni e federazioni

Accademia Nazionale di Medicina	SP	74.000
Aiom Servizi (Oncologia medica)	SP	98.500
Anmco Firenze (Medici Cardiologi osp.)	SP	533.656,44
FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri	SP	128.300
FADOI - Dirigenti Ospedalieri Internisti	SP	43.207
LILT Lega It. Lotta contro i Tumori Napoli	D	45.000
Metis srl, soc. scientifica MMg della FIMMG	SP	216.776
Siaarti (Anest.Analgesia Rianim. T. Intensiva)	SP	126.000
SIC Società Italiana Cardiologia	SP	62.000
SID Società Italiana Diabetologia	SP	15.000
SIEDP Endocrinologia e Diab. Pediatrica	D	25.000
SIMG Società Italiana di Medicina Generale	SP	41.500
Società Italiana Ematologia	SP	141.000
Società Italiana Reumatologia	SP	210.600

Fondazioni

Fondazione Angelo Bianchi Bonomi Milano	D	30.600
Fondazione Humanitas Rozzano	D	17.000
Fondazione Insieme contro il cancro	SP	25.000
FORT Fondazione Ric. traslazione (oncologia)	csc	60.000
Nutrition Foundation of Italy NFI Milano	SP	50.000

Ospedali e Università

Fondazione IRCCS Policlinico di Milano	D	42.500
Fond.Toscana G. Monasterio centro cardiol.	D	84.366
Fondaz IRCCS Osp. San Martino di Genova	D	77.893
Istituto nazionale Tumori	SP	16.267
IRCCS San Raffaele	D SP	151.741
IEO	SP	20.312
Università cattolica del sacro cuore	D	15.000
Università di Padova	D SP	30.000
Università di Pavia	D	21.666
Università di Verona	D	60.000
Università di Torino	D SP	16.000
Università di Genova	D SP	67.500
Università di Milano	D	92.774
Università di Pisa	D	30.000
Università La Sapienza	D	30.500

Nuovo piano vaccini senza Speranza: lode agli obblighi e dubbiosi schedati

Il documento allude all'imposizione della profilassi al personale sanitario e a chi lavora nella scuola Per gli esitanti, previsti «monitoraggio continuo» (anche di fede e idee) e interventi di «incoraggiamento»

di **ALESSANDRO RICO**



■ Eradicare un virus, «godere di una vita libera dalle malattie prevenibili» tramite vaccinazione: chi direbbe di no? Ben venga, se lo Stato ci garantisce quegli immunizzanti che hanno rappresentato una storica conquista per il genere umano. Per raggiungere un obiettivo nobile, però, non tutti i mezzi sono moralmente e politicamente legittimi. Per questo, lasciano perplessi alcuni passaggi del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale, che la presidenza del Consiglio ha trasmesso a Regioni, Province autonome e ministero della Salute pochi giorni fa.

Il documento si appoggia ad alcuni pareri del Comitato per la bioetica, che, alla luce di quanto accaduto durante la pandemia di Covid-19, destano qualche preoccupazione. Il testo caldeggia «l'osservanza dell'obbligo a un'adeguata profilassi vaccinale da parte degli operatori sanitari e del personale impegnato nelle scuole di ogni ordine e grado e in generale nei luoghi maggiormente frequentati da bambini». Così, cristallizza un salto di qualità nella strategia di immunizzazione: le autorità stanno preparando la strada a future imposizioni? Le in-

culazioni forzate non coinvolgeranno più soltanto medici e infermieri, ma, regolarmente, anche insegnanti e bidelli? Se il percorso da seguire è questo, di fatto, ci troveremo di fronte alla prospettiva di una sistematizzazione del green pass per alcune categorie, potenzialmente sempre più estese, di lavoratori.

Altrove, il faldone fa riferimento al «monitoraggio continuo dell'omessa vaccinazione (per dimenticanza o per ragioni mediche, ideologiche, religiose, psicologiche) sia complessivamente sull'intero territorio, sia a livello del singolo Comune, allo scopo», badate bene, «di identificare coloro che necessitano di essere incoraggiati verso un percorso vaccinale (compliance) e di evidenziare eventuali insufficienze nella copertura vaccinale, specialmente con riguardo ai bambini». Più avanti, si legge che tra gli obiettivi del Piano c'è quello di «attivare un sistema di monitoraggio/sorveglianza» nazionale e regionale, per «acquisire [...] dati sull'esitazione vaccinale con il massimo livello di granularità». A chi scorda di sottoporsi a un richiamo, può essere utile un memento dalle autorità sanitarie. E ha senso che i funzionari pubblici intervengano, con gli strumenti della persuasione, per spingere una famiglia a tutelare la salute del pro-

prio figlio piccolo. Ma quanto è sottile la linea che separa un controllo auspicabile dalla violazione della privacy? È ragionevole mettere nello stesso calderone chi non può vaccinarsi a causa di controindicazioni e chi rifiuta le dosi consapevolmente, sia pure per motivi discutibili? Unire il «monitoraggio costante», addirittura «granulare», di idee, fede e moventi psicologici, al proposito di «identificare» i dissidenti, a quale tipo di «incoraggiamento» dovrebbe condurre? E appoggiarsi alle piattaforme social, come teorizza esplicitamente il documento, dove condurrebbe? Ci si può fidare al 100%, dopo aver appreso, dai Twitter files, che i gestori censuravano anche notizie vere, se esse potevano intaccare la narrativa agiografica sui vaccini Covid?

Il Piano per il periodo 2023-2025 insiste molto sulla questione. Ed è zeppo di ambiguità. Sarà anche giusto organizzare «attività di promozione e comunicazione» per «garantire che siano in atto meccanismi comunicativi per rispondere ai dubbi della popolazione». Ma è facile confondere l'informazione con la sponsorizzazione. Se lo Stato sanitario è l'ultimo stadio dello Stato etico, ad esempio, suona allarmante il progetto di incensare «l'esempio positivo della maggior parte dei genitori che vac-

cinano i figli con serenità». Un conto è sottoporre i piccoli a farmaci in uso da decenni. Durante l'emergenza coronavirus, però, le titubanze di mamme e papà rispetto a un medicinale del quale non era chiaro il bilancio tra pericoli e benefici sono state trattate come abietto negazionismo.

Poi, c'è il capitolo sulla farmacovigilanza. Nel testo, non si scorgono note critiche sulla mancanza di un monitoraggio - questo sì - attivo con i vaccini Covid. Tutto va bene, madama la marchesa. E si resta francamente di stucco nel leggere che, stando al documento diffuso da Palazzo Chigi, bisognerebbe «pianificare azioni di risposta comunicativa ai cosiddetti eventi vaccino correlati», con tanto di insistenza sul «rispetto della confidenzialità delle informazioni». «Predispone messaggi uniformi» significa evitare il pasticcio che s'è generato quando sono emerse le reazioni avverse ad Astrazeneca? Oppure il sottinteso è che si deve agire da pompieri e minimizzare sempre l'impatto degli effetti collaterali dei vaccini?

Sì, la trasparenza può costare cara. E l'equilibrio tra salute pubblica e autodeterminazione è sempre precario. Alla fine, il dilemma è sempre il solito: preferiamo una libertà rischiosa, o una comoda sotto-missione?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il pericolo è rendere perenne la logica del passaporto verde. E appoggiarsi ai social è un rischio: censuravano notizie vere sui danni dei sieri per il Sars-Cov-2

Zero cenni ai limiti della farmacovigilanza. E sugli effetti avversi s'invoca riservatezza. L'obiettivo è evitare il caos comunicativo o minimizzare le controindicazioni?



Il trucco delle regole Ue sui pesticidi

La nuova normativa sembra assicurare i consumatori ma in realtà punta a favorire un maggior utilizzo degli antiparassitari. Ingredienti sull'etichetta del vino? No, sul Web

di **FRANCESCO BERTOLINI**

■ L'Unione europea sembra una scimmia al volante sulle questioni green.

Se da un lato si muove come un ottuso burocrate che emana normative dalle conseguenze devastanti da un punto di vista economico e sociale, come quelle sulle auto e sugli immobili, dall'altro si muove per consentire una minore trasparenza su ciò che mangiamo e beviamo.

Come sempre l'approccio dirigistico, esploso con la fallimentare gestione Covid, non consente dubbi né contraddittori, gli interessi supremi (spesso legati a interessi ben specifici) devono essere perseguiti a ogni costo.

La nuova normativa sui pesticidi si sta infatti muovendo in una direzione che a parole sembra assicurare i consu-

matori ma che in realtà è un trucco per favorirne un maggior utilizzo.

La dicitura zero pesticidi infatti, tanto bella a sentirsi, non significa che non ci siano pesticidi; l'etichettatura che vuole essere rassicurante tiene conto solo di concentrazioni di pesticidi generalmente superiori a 0,01 mg/litro o kilogrammo, non di quelli presenti in quantità inferiori a tale soglia. Quindi zero non è zero.

Ciò consente la pratica del cosiddetto cocktail di pesticidi, diversificando ulteriormente le molecole di pesticidi sulle colture; utilizzandone ciascuna in piccole quantità è possibile garantire che la concentrazione di ciascuna di esse - misurata singolarmente nel prodotto finito - rimanga al di sotto della soglia prefissata, aumentando l'im-

patto cumulativo e creando di conseguenza effetti tossici sull'uomo, sulla biodiversità e sulla contaminazione del suolo e delle acque.

Uno degli esempi più significativi legati alla prossima applicazione del regolamento europeo 2117 del 2021 riguarda il vino, comparto dove l'Italia è leader nel segmento di qualità. Nell'ambito della negoziazione di questo regolamento, alcune parti interessate hanno ottenuto che gli ingredienti non compaiano necessariamente in etichetta ma solo su internet. La transizione digitale e la transizione ecologica non per niente vanno di pari passo; il consumatore deve essere sempre digitale, anche quando beve un succo di frutta o un bicchiere di vino, il qr code è imprescindibile nel futuro di ognuno di noi, secondo la visione Ue.

Sembra un meccanismo andato in corto circuito; da un lato è inevitabile che il consumatore si affidi a etichette di sintesi, non avendo le conoscenze e le capacità di interpretare tutti gli ingredienti di ciò che mangiamo e beviamo, dall'altro il diritto alla trasparenza obbliga i produttori a dichiarare qualunque additivo utilizzato; il combinato di queste due necessità porta a sintesi non veritiere come quella dei pesticidi zero, che va a premiare chi ne utilizza di più in modo spregiudicato e a penalizzare chi è più attento alla salute dei consumatori. Ma la salute pubblica è ormai eclissata da qualsiasi dibattito politico, avere un mondo di persone malate sembra essere il reale obiettivo di alcune scelte politiche, a prescindere dalla fuffa su un mondo sano in un ambiente sano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ESPEDIENTE Consentita la pratica del cocktail di pesticidi [iStock]



Assistere i dipendenti a distanza: la telemedicina rivoluziona il welfare

È la nuova frontiera delle aziende innovative: in Rheinmetall Italia cure per 2.000 addetti

di **IGNAZIO MANGRANO**

■ Una nuova tecnologia, un nuovo trend sta rivoluzionando il mercato della sanità e del welfare a livello globale. È la telemedicina, la nuova frontiera dell'assistenza ai pazienti, che grazie alle nuove tecnologie digitali disegna nuovi servizi e soprattutto la possibilità di portare a casa o in qualunque luogo, un moderno concetto di assistenza sanitaria. Le aziende innovative, soprattutto quelle che raggiungono traguardi sempre più sfidanti, iniziano a guardare a questa tendenza con estremo interesse. I dipendenti e le persone sono centrali nei modelli di un'azienda moderna che di fatto è una piccola comunità, i cui interessi ed esigenze possono essere maggiormente tutelati con un concetto di wel-

fare moderno e digitale, che attraverso la telemedicina punta a nuovi standard di benessere aziendale.

Per questo il gruppo Rheinmetall Italia - con circa 2.000 dipendenti - entrato recentemente nel DAX40, è tra le prime aziende sul territorio nazionale ad adottare un modello di welfare moderno, dove il concetto di Industria 4.0 si rivolge non solo ai processi produttivi ma soprattutto al benessere dei dipendenti.

«In una situazione in cui il welfare pubblico sta restringendo il suo ambito di applicazione, le aziende hanno il dovere di farsi carico del benessere delle proprie persone sviluppando il concetto di *wellness@work*», spiega il direttore Risorse umane di Rheinmetall Italia **Annalisa Alberti**.

Il luogo di lavoro diventa quindi l'ambiente elettivo

per promuovere il benessere psico-fisico dei dipendenti ma anche dei loro familiari.

Per questo Rheinmetall Italia ha scelto di adottare la piattaforma Ippokrates che conta già oltre 50.000 pazienti e che consente di ricevere teleconsulti dai più importanti specialisti medici del mondo o collegarsi a dispositivi medici per il monitoraggio continuo di parametri medici.

Il dipendente infatti accedendo alla piattaforma potrà essere assistito da professionisti che verranno offerti in base alla specializzazione e alla competenza della patologia o del problema medico proposto, individuando anche specialisti a livello globale che hanno già accettato di collaborare in questa piattaforma.

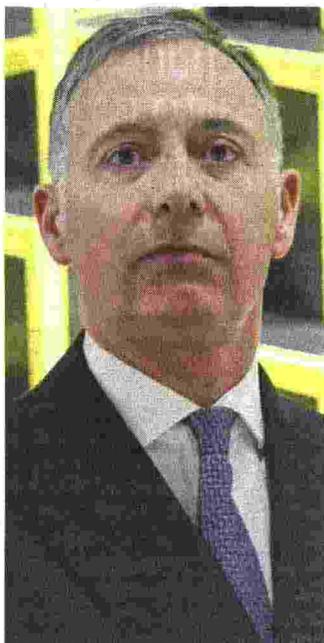
«È una proposta azienda-

le per far incontrare un concetto moderno di benessere del dipendente ai progressi della medicina e alla frontiera della sanità della persona, per la persona», spiega l'amministratore delegato **Alessandro Ercolani**.

Ippokrates è già partner di Osa, la prima realtà di assistenza medica domiciliare in Italia, che ha scelto proprio la piattaforma di Ippokrates in esclusiva per il servizio di teleconsulto e monitoraggio dei pazienti.

«L'assistenza domiciliare sta finalmente vedendo riconosciuto il suo ruolo fondamentale non solo come soluzione al ricorso improprio alla cura ospedaliera, ma anche come efficiente e privilegiato strumento di supporto per gli assistiti», conferma il professor **Giuseppe Maria Milanese**, presidente di Osa e di Confcooperative sanità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MANAGER Alessandro Ercolani



I NUMERI

Da Calenda a Berlusconi: la classifica degli onorevoli assenteisti

A sei mesi dall'insediamento delle nuove Camere, OpenPolis fa un primo punto sul livello di partecipazione dei parlamentari. Tra i nomi noti e meno presenti: Berlusconi, Calenda, Bossi, Angelucci, Fascina, Tremonti e Bongiorno

di Simone Alliva



24 MARZO 2023

🕒 2 MINUTI DI LETTURA

Una legislatura di sei mesi ma per qualcuno lunga solo un giorno. [OpenPolis](#) tira le somme della produttività degli eletti e il risultato è plateale (mi si nota di più se non vado). Il dato delle presenze alle votazioni in Aula, pur rilevando che il tasso di partecipazione generale è del 75,25 per cento, sorprende con esponenti particolarmente assenteisti. La questione non è un dettaglio come spiega OpenPolis: «A seguito del taglio dei parlamentari; infatti, una scarsa

presenza in aula può comportare alcuni problemi. Da un lato, **un rischio politico per la maggioranza**: non avere i numeri per approvare i provvedimenti. Dall'altro, soprattutto al Senato, che non siano presenti abbastanza esponenti per assicurare il corretto funzionamento dei vari organi interni (commissioni, giunte, comitati)".

Circa il 21 per cento dei parlamentari risulta presente a meno del 60 per cento delle votazioni. Di questi: 22 deputati e 15 senatori contano una presenza che oscilla tra lo 0 e il 15 per cento. Significa che su 1.767 votazioni mappate (1.043 alla Camera e 724 al Senato), ci sono eletti che hanno partecipato un centinaio di volte.

Tra gli assenteisti record spicca il nome del "Senatur": lo storico leader della Lega **Umberto Bossi** conta lo 0,38% di partecipazione alle votazioni alla Camera, assente giustificato le cui precarie condizioni di salute però sono note. Insieme a lui **Silvio Berlusconi** che registra solo lo 0,55 per cento di risposta agli appelli. Segue **Antonio Angelucci** leader della sanità privata laziale, con 1,44 per cento di votazioni effettuate.

Marta Fascina risulta quasi sempre assente o in missione, solo l'1,73 per cento delle votazioni. L'ex ministro Giulio Tremonti (Fdi, 7,5% presidente della commissione esteri e spesso in missione). Mentre **Michela Vittoria Brambilla** (storica esponente di Forza Italia che ha recentemente aderito a Noi moderati) con il 24% circa di presenza alle votazioni.

Record del centro destra

Interessante notare come tra i 20 eletti con meno presenze citati da OpenPolis, 17 facciano parte della maggioranza del centro destra. I leghisti **Antonio Minardo** (3,16 per cento di presenze), **Mirco Carloni** (25,5), **Alberto Gusmeroli** (26) e **Giulia Bongiorno** (30, 39) In Forza Italia **Paolo Barelli** (7,19), **Ugo Cappellacci** (23,3) e **Giuseppe Mangialavori** (28). In **Fratelli d'Italia** oltre il già citato Giulio Tremonti anche **Andrea Augello** (13,26), **Rachele Silvestri** (17,35) e **Federico Mollicone**(18,12); e tra i moderati **Maurizio Lupi** (23, 97).

E l'opposizione?

Il podio è occupato dal pentastellato **Francesco Silvestri** con il 33,08, capogruppo alla Camera del M5s. Seguito da **Franco Mirabelli** del Partito Democratico (29,83) e dal leader di Azione **Carlo Calenda**, ottavo peggiore in

assoluto con l'11,19 per cento di presenze (con un dato altissimo di missioni, pari al 77 per cento).

Insieme a Berlusconi, Calenda, dunque, è **il leader politico meno presente alle**

menù  **L'Espresso**
InchiesteAttualitàPoliticaEconomiaMondoIdeeOpinioni **ABBONATI LEGGI EBOOK ACCEDI**

meno della metà delle sedute analizzate da OpenPolis e può vantare un tasso del 41,7 per cento. Sugli altri leader dell'opposizione la segretaria dem **Elly Schlein** raggiunge il 53 per cento; il leader del Movimento Cinquestelle **Giuseppe Conte** 65,2 per cento. **Nicola Fratoianni** tocca il 74,5 e **Angelo Bonelli** l'83 per cento.

Argomenti

Casta

Parlamento

Assenteismo

LEGGI I COMMENTI

Catalogo eBook



Minareti, petrolio e libri osè: di cosa parliamo quando parliamo di arabi 2

Il nuovo libro dedicato al mondo arabo di Angiola Codacci Pisanelli. In download gratuito per tutti i nostri abbonati digitali

SCOPRI DI PIÙ

© Riproduzione riservata

Articoli Correlati



INCHIESTA SANITÀ / 6

Per coprire i turni
è sempre maggiore
il ricorso ai medici esterni.
Il risultato: emergenza
affidata a pensionati
e neolaureati.
E per gli ospedali
costi fuori controllo

PRONTO SOCCORSO A GETTONE

60 **L'Espresso** 26 marzo 2023

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



OSPEDALE

Roma. Un infermiere al lavoro nell'ospedale Istituto Clinico di CasalPalocco

26 marzo 2023 **L'Espresso** 61

INCHIESTA SANITÀ / 6

GLORIA RIVA

Circolano aneddoti poco rassicuranti sui medici gettonisti, arruolati per una notte o poco più nei Pronto Soccorso. Nell'urgenza di coprire i turni, è stato preso a bordo anche uno specialista in Metodologia Clinica, esperto in Semeiotica Medica che di ictus e polmoniti ne ha visti pochi. Ha preso servizio anche un medico di base in pensione di San Marino, investito da un moto di nervosismo dei colleghi del turno successivo, ritrovatisi con 23 pazienti arretrati - nessuno dei quali era stato visitato e preso in carico -, più quelli di giornata. «Basta respirare e avere una laurea in medicina per essere arruolati», **Fabio De Iaco** è il capo del Pronto Soccorso dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino e presidente di Simeu, Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza, che avverte: «Gli specialisti in Emergenza Urgenza sono così pochi da poter decidere dove lavorare. Scelgono gli ospedali centrali, più strutturati, con un minor carico di turnazione, e restano sguarnite le aree periferiche, i presidi più piccoli, creando disparità di servizio offerto», una sanità di serie B, insomma.

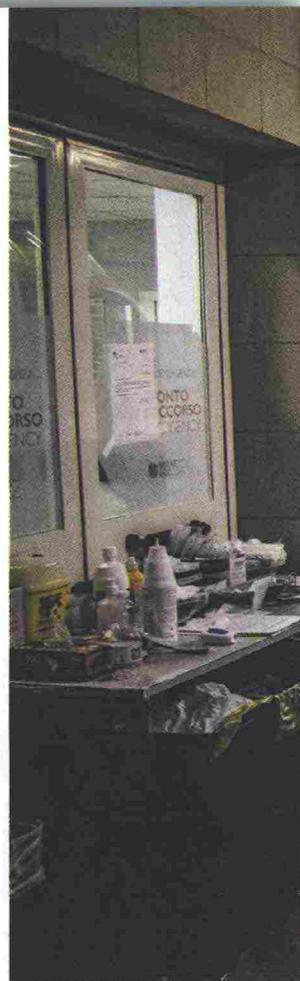
All'appello mancano cinquemila medici di pronto soccorso e il 25 per cento degli ospedali ricorre alle cooperative - in realtà sono per lo più società a responsabilità limitata - che reclutano persino i medici in pensione (anche se gli over 70enni non potrebbero lavorare in ospedale) e neo laureati. L'inchiesta dai Nas di fine 2022 ha smascherato 165 posizioni irregolari, segnalato 205 persone, sono stati deferiti otto titolari di cooperative per frode e inadempimento nelle pubbliche forniture. 43 i casi di esercizio abusivo della professione, con medici e infermieri che

smontavano da 12 ore di turno, per attaccarne un altro, fino a 36 ore filate. Il caso più eclatante è quello di medici spediti a effettuare parti cesarei in sala parto, senza averne mai fatto uno.

«Il fenomeno pone problemi di qualità e notevoli costi che gravano sul settore sanitario, in forte sofferenza», ha detto il procuratore della Corte dei Conti del Lazio, **Pio Silvestri**, preannunciando un'inchie-

AMBULANZA

L'arrivo di un'ambulanza al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma



I medici delle cooperative arrivano a guadagnare il doppio dei loro colleghi "interni". La spesa per questa voce è passata dai 6,3 miliardi del 2020 ai 23,6 del 2022. E continua a crescere

sta «sul sempre più massiccio impiego di gettonisti». Anche il presidente dell'autorità nazionale anticorruzione, **Giuseppe Busia**, ha chiesto ai ministeri della Sanità e dell'Economia e delle Finanze di predisporre un decreto ministeriale per dare indicazioni certe sui prezzi da applicare perché all'Anac: «Sono giunte parecchie richieste di pareri di congruità dei prezzi per "forniture di servizi medico-sanitari disposti in somma urgenza". Specie in reparti "sensibili" come Pronto Soccorso e Anestesia molti dipendenti si licenziano, per tornare allo stesso posto assunti da società private, con costi moltiplicati». Lo stesso ministro della Sanità **Orazio Schilacci**, dopo aver definito «allucinante che in uno stesso reparto ci sia chi percepisce il triplo di chi è assunto», ha promesso provvedimenti legislativi e l'apertura di un tavolo al ministero che, tuttavia, non ha ancora dato risultati. Di fatto l'unica certezza è che grazie alla flat tax introdotta dal governo in legge di bilancio, un medico gettonista che guadagna 85 mila euro con 20 turni di



Foto: Alessandro Serrano / Agf, pag. 60-61; Antonio Micalicci / Getty Images

lavoro da dodici ore ciascuno, paga 12.750 euro l'anno di tasse. Mentre il suo collega dipendente, 85mila euro li guadagna in un anno e versa allo Stato 36.550 euro. Snocciola dati **Giovanni Migliore**, presidente di Fiaso, Federazione delle Aziende Sanitarie Ospedaliere: «La spesa lorda sostenuta dalle aziende sanitarie per il personale medico delle cooperative nel 2020 è stata di 6,3 milioni. Nel 2022 è salita a 23,3 milioni. Il costo orario per il personale strutturato è di 49,45 euro, mentre un gettonista costa alle casse pubbliche 99,26 euro l'ora». Ecco perché le società di medici a partita Iva fioriscono. A Vicenza tre medici anestesisti hanno aperto la Mst Group, passata da 3.500 euro di fatturato nel 2019 a 1,2 milioni del 2021. Hanno solo tre dipendenti, ma reclutano - con accordi di prestazione d'opera - 75 medici per i reparti di Emergenza e Urgenza di Veneto e Sardegna. In Piemonte e in Lazio è attiva Medical Line Consulting, di **Lorenzo Bartoletti**, romano, ben introdotto nei palazzi del potere. Il volume d'affari della Srl in tre anni è passato

da 10 a 15 milioni. I dipendenti sono dieci, ma offrono servizi sanitari per 14 milioni di euro. Stesso discorso per la romana Medical Service Assistance: il fatturato è passato da tre a sei milioni in tre anni, 10 i dipendenti. Il grosso dei costi di produzione se ne va "per servizi" e in nessun bilancio c'è l'ombra di contratti siglati con i medici. Perché le società non offrono agli ospedali personale medico, bensì un servizio. Così facendo qualsiasi responsabilità legale ricade sul professionista assoldato, mentre gli ospedali contabilizzano il costo nella voce "beni e servizi", anziché sul personale. Il motivo dell'esplosione dei medici gettonisti sta tutto qui, in una mera questione contabile: «Il blocco del tetto di spesa sul personale non consente né di aumentare gli stipendi, né di assumere. Mentre non vi sono limiti alla voce "beni e servizi", su cui le Aziende Sanitarie hanno mano libera, riuscendo così a offrire ai gettonisti remunerazioni tre volte superiori rispetto al personale dipendente. Incredibile», commenta **Andrea Filippi** della Cgil. Già, perché il ►

LE PUNTATE

Le puntate dell'inchiesta di Gloria Riva sulla Sanità sono tutte disponibili su **le-spresso.it**. Queste le uscite: 5 febbraio (Liste d'attesa fuori controllo); 12 febbraio (Il Ssn non ha fondi per il disagio mentale); 26 febbraio (Gli anziani fragili e non autosufficienti); 5 marzo (La sanità privata supera quella pubblica); 19 marzo (Gravidanza, parto e maternità); 26 marzo (I gettonisti al Pronto Soccorso).

INCHIESTA SANITÀ / 6

► ministero dell'Economia e delle Finanze da un lato mette a dieta le Asl sul fronte del personale, dall'altro concede spese pazze per i servizi.

Orazio Schillaci, essendo un ministro-tecnico, non ha il potere politico di far passare quel regolamento che vieterebbe l'attività libero professionale all'interno degli ospedali, anche perché la materia dovrebbe quantomeno essere condivisa con **Paolo Zangrillo**, ministro della Pubblica Amministrazione. E sempre Schillaci non ha la possibilità di intervenire sullo sblocco dei tetti di spesa al personale, o di accordare aumenti ai medici di pronto soccorso, perché la questione è in capo a **Giancarlo Giorgetti**, titolare del Mef, per nulla interessato ad allargare i cordoni della borsa. Nel frattempo si favorisce l'esternalizzazione di fette del servizio pubblico - ad esempio gli infermieri, ricercati ma sottopagati, stanno passando all'out-

sourcing - a scapito della qualità. Per esempio, nel 2021 una cooperativa di Sassuolo, la Fenice, è stata oggetto di segnalazioni per criticità e disservizi da parte dell'Ordine dei Medici di Campobasso, ma la stessa continua a crescere, passando nel giro di tre anni da 243 mila euro di ricavi a cinque milioni, perché le aziende ospedaliere non hanno alternative. O forse ne avrebbero, se si riuscisse almeno a far passare un decreto d'emergenza per i prossimi 36 mesi: «Quello che osserviamo è l'effetto dell'imbutto formativo, ovvero per troppi anni le scuole di specializzazione hanno offerto poche borse di studio rispetto al turnover ospedaliero», spiega Migliore, della Fiaso, che propone di «valorizzare il trattamento economico di chi lavora nelle aree critiche e marginali e, in via transitoria, di reintrodurre la figura dell'assistente medico, così da consentire agli specializzandi, fin dal primo anno, di lavorare nei

La nuova emergenza

Roberta Grima

INFEZIONI IN OSPEDALE
IL RECORD ITALIANO

È uno dei problemi più gravi per la sanità mondiale con milioni di morti ogni anno. Si tratta delle infezioni ospedaliere che, sebbene ci siano sempre state, adesso rappresentano l'emergenza post Covid più urgente.

I dati parlano chiaro: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in Europa su 100 ricoverati ogni anno, 7 contraggono un'infezione, tra questi 1 su 10 muore. La metà dei decessi europei avviene in Italia che si attesta primo paese per infezioni nosocomiali, con un numero che oscilla tra 15 e 20 mila l'anno. Davanti a Grecia e Romania.

L'impatto clinico ed economico è rilevante: secondo l'Oms, le infezioni in ospedale provocano una disabilità a lungo termine con più farmaci da usare, un prolungamento dei giorni di degenza pari a 16 milio-

ni l'anno in Europa, con una spesa sanitaria europea di 7 miliardi di euro.

Una pandemia silenziosa che - spiega il professor **Matteo Bassetti**, direttore della Clinica Malattie Infettive al San Martino di Genova - è legata al fenomeno dell'antibiotico-resistenza. «Si tratta di malattie batteriche che difficilmente si debellano con gli antibiotici, proprio perché l'uso errato di questi farmaci negli ultimi vent'anni, ha fatto sì che si selezionassero nel tempo i batteri più resistenti agli stessi antibiotici, limitando la loro efficacia terapeutica». I germi rimangono negli ambienti sanitari per almeno 30 giorni (nei lavandini, sui tavolini, nei cuscini, sulle maniglie delle porte, sui fonendoscopi), ecco perché il lavaggio delle mani e la sanificazione delle superfici è fondamentale, diversamente l'agente patogeno colpisce proprio nel luogo deputato alla cura dei malati. Eppure con i dovuti accorgimenti oltre il 50% delle infezioni ospedaliere si potrebbero evitare. Occorre incentivare le buone pratiche come il lavaggio frequente delle mani, isolare il paziente quando necessario, in questo il Covid dovrebbe averci insegnato qualcosa. Poi c'è il pro-

5.000

reparti. Per loro sarebbe un'occasione di formazione sul campo, di fare più attività pratica, per l'ospedale sarebbe così possibile ridurre il ricorso alle cooperative, affiancando specializzandi e medici strutturati, in un'ottica di continuità, maggiore qualità e minori costi.

Mentre a lungo termine, dice **Alessandro Vergallo**, presidente di Aaroi-Emac, l'associazione degli anestesisti, c'è una questione da risolvere: «Il fenomeno ha colpito soprattutto i medici di emergenza e urgenza e gli anestesisti perché, in entrambi i casi, non hanno margini per effettuare la libera professione, come invece è consentito fare ai colleghi ospedalieri specializzati in cardiologia, dermatologia, ortopedia e via dicendo. Se il lavoro straordinario fosse retribuito e fosse compensata l'attività - più impegnativa - di emergenza urgenza, sarebbe possibile porre un freno ai gettonisti».

6. Fine

1.525

MEDICI
che mancano
nei Pronto Soccorso

MEDICI GETTONISTI
ispezionati dai Nas
a fine 2022

PERCENTUALE di tasse che i medici gettonisti versano allo Stato incassando oltre **72 mila euro netti** l'anno, contro i **56 mila euro** dei colleghi dipendenti dell'ospedale

267

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GIORNI DI LAVORO dei medici per guadagnare 85 mila euro l'anno, con turni di 6,20 ore. Un gettonista guadagna la stessa cifra in 84 giorni, con turni di 12 ore

PAGA ORARIA offerta a un medico anestesista dalle cooperative. Quella ospedaliera è 40 euro netti

1200

© RIPRODUZIONE RISERVATA

blema che l'impiego di antibiotici efficaci e innovativi non sono rimborsati adeguatamente dal sistema sanitario alle regioni.

«Negli anni 2000 - ricorda Bassetti - l'Europa era alle prese con lo stafilococco Mrsa. Uno spauracchio del quale più nazioni si sono poi liberate, l'Italia ancora oggi risulta il Paese dove il battere è ancora molto diffuso. È evidente che c'è qualcosa che non va».

Si investe ancora poco sulla formazione, gli operatori sanitari devono ricordare di cambiare i guanti da un paziente all'altro, imparare un uso corretto degli antibiotici spesso usati quando non servono, provocando la resistenza nei batteri.

C'è da dire tuttavia che - come sottolinea Bassetti - le infezioni in ospedale non sono sempre "colpa" del personale sanitario, dell'Asl o dell'ospedale. Un margine di rischio di contrarre un germe in corsia ci sarà sempre per chi entra in ospedale in condizioni particolarmente fragili. C'è però un limite del 5-6% oltre il quale - conclude Bassetti - non è possibile più accettare il rischio e serve intervenire.

VACCINI ANTI-COVID

Ricerca: hanno fatto più gli Stati delle aziende

Salinaro a pagina 10

«I vaccini? Così gli Stati hanno rischiato più delle aziende: 30 miliardi contro 16»

VITO SALINARO

Nella corsa ai vaccini anti-Covid il rischio finanziario più grande è stato sostenuto dagli Stati e non dalle case farmaceutiche. I primi - tra sovvenzioni a fondo perduto per ricerca e sviluppo, e accordi di acquisto prima ancora che i vaccini venissero autorizzati - hanno sborsato 30 miliardi; le seconde "solo" 16. Non è tutto: nonostante i corposi investimenti, i governi hanno contato poco sulle decisioni economiche fondamentali, e cioè sui prezzi e sulla distribuzione, rispetto alle aziende che hanno prodotto gli immunizzanti. Sono queste le conclusioni di uno studio realizzato da Massimo Florio, docente di Scienza delle finanze dell'Università Statale di Milano e membro del "Forum Disuguaglianze e Diversità" (Fdd), assieme alla collega di ateneo Simona Gamba e a Chiara Pancotti, del Csil (Centro studi industria leggera), surrichiesta del Parlamento europeo.

È dunque «una realtà del tutto diversa dalla narrazione secondo cui i risultati ottenuti con i vaccini si devono soprattutto al rischio assunto dalle imprese farmaceutiche», spiega una nota del Forum, per il quale il report, presentato giovedì a Bruxelles (e il 12 aprile alla Fondazione Basso di Roma), contiene «la prima stima mai effettuata» sull'argomento. Per nove vaccini esaminati, la ricerca ha stimato che le imprese hanno speso «5 miliardi di euro per ricerca e sviluppo e 11 miliardi per investimenti produttivi - prima di avere certezza di vendita - per un totale di 16 miliardi». Mentre dall'esterno, «in quasi completa provenienza dagli Stati», sono arrivate alle aziende «sovvenzioni a fondo perduto per 9 miliardi in ricerca e sviluppo (in larga misura dagli Usa) e 21 miliardi per accordi di acquisto prima dell'autorizzazione dei vaccini stessi, per un totale di 30 miliardi».

Dunque, commenta il co-coordinatore del Fdd, Fabrizio Barca, «gli elevatissimi extra-profitti realizzati dalle imprese farmaceutiche che, per alcune di esse hanno raggiunto decine di miliardi di euro, non sono in qualche misura giustificati dal rischio di mercato da loro assunto». Inferiore della metà rispetto a quello degli Stati che però «non hanno esercitato la funzione di governo e controllo delle decisioni di prezzo e distribuzione che competono a chi si assume la maggioranza del rischio». Un «eccesso» di risorse pubbliche che, a detta del Fdd, «avrebbe potuto rafforzare i sistemi sanitari pubblici. Una distorsione che rischia di aggravarsi ulteriormente visto che Moderna e Pfizer hanno annunciato di volere quintuplicare il prezzo a dose portandolo a circa 100 dollari dagli attuali 20, e che l'immunizzazione dura solo pochi mesi». Per di più, argomenta lo studio, «senza che i fortissimi differenziali di prezzo fra i diversi vaccini siano accompagnati da valutazioni sull'efficacia». Insomma, la scelta sin qui compiuta dall'Ue, afferma il Fdd, «conferma la logica delle sovvenzioni pubbliche in attività di ricerca e sviluppo su cui gli Stati non hanno voce». Per questo, aggiunge Florio, «occorre un intervento pubblico europeo per prevedere e affrontare le prossime pandemie e per altre emergenze. In campi cruciali per la salute, serve la messa a punto di farmaci, vaccini, diagnostica e altri rimedi, da offrire ai cittadini come beni comuni: con ricerca e sviluppo anche in collaborazione con imprese private, ma mantenendo sotto controllo pubblico la "proprietà intellettuale" e le decisioni strategiche su tutto il ciclo dell'innovazione biomedica e del farmaco». Da dove partire? «È necessario normare a livello europeo la condivisione delle decisioni di prezzo e distribuzione fra privato e pubblico in relazione all'entità degli investimenti. La strada appropriata - conclude

l'analisi - è la costruzione di un'infrastruttura pubblica europea per vaccini e farmaci».

Le conclusioni dello studio trovano di tutt'altro parere le imprese farmaceutiche. «Le nostre aziende non sono enti di beneficenza - dice ad *Avvenire* il presidente di Farindustria, Marcello Cattani -; vivono di ricerca e sviluppo, producono farmaci che hanno un impatto sulla salute, e devono ripagare non solo la ricerca ma anche gli azionisti. Non siamo diversi da altri settori che perseguono un profitto, che, intendiamoci, deve essere etico».

Sullo studio: «Occorre sfatare visioni univoche e ideologiche. Se oggi abbiamo riconquistato libertà e salute lo dobbiamo al nostro sforzo nel ricercare, sviluppare e portare questi vaccini straordinari ai pazienti in meno di un anno, quando i tempi standard sono di 5-12 anni... Se non abbiamo compreso sulla nostra pelle il valore di innovazione e ricerca tradotti in vaccini e farmaci - incalza Cattani -, continueremo ad avere discussioni faziose». Certo, spiega il numero uno di Farindustria, «ci sono state aziende arrivate al traguardo prima, e che hanno acquisito un vantaggio competitivo ed economico rispetto a tante altre che non ci sono riuscite. Ma onestamente non parlerei di extraprofitti a fronte dei rischi e delle tasse pagate». Insomma, la sostanza per Cattani è che «contro una sfida inattesa abbiamo prodotto uno sforzo immediato per proteggere i pazienti e le economie: in Italia ogni mese di lockdown corrisponde ad una perdita di Pil pari a 13 miliardi... Se vogliamo limitare questa narrazione a "extroprofiti" o alle licenze obbligatorie - conclude -, difficilmente avremo nuove cure, proprio mentre stiamo sviluppando piattaforme terapeutiche destinate ad avere un enorme impatto sui cittadini e grandi benefici per i sistemi sanitari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sono state
nove le
aziende
prese in
esame dallo
studio
italiano



LA PANDEMIA

Studio italiano
per il Parlamento
europeo: i governi
hanno investito senza
tuttavia contare sulle
decisioni economiche
fondamentali
Ma Farindustria:
visione ideologica,
con i nostri sforzi
vinto una sfida
straordinaria



Accedi all'app corriereadriatico.it con le credenziali Google

M Marianna Lavoro
mrianna.lavoro@gmail.com

M Michele Vietti
michelevietti.lavoro@gmail.com

Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»

Il governatore tranchant contro i dem: «Credevo estinto l'analfabetismo. Accusano me di quello che hanno sempre fatto con affidamenti diretti»



Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»

© 3 Minuti di Lettura

Sabato 25 Marzo 2023, 03:20 - Ultimo aggiornamento: 15:19

Condividi

Ascolta questo articolo ora...

ANCONA - Il tema è di quelli che scottano. A tal punto che il botta e risposta tra le parti si è fatto incandescente. Il caso dell'intervento del privato nella sanità pubblica per accorciare i tempi di attesa e limitare la mobilità passiva - sollevato mercoledì dal Corriere Adriatico con un'intervista al presidente di Aiop Marche Enrico Brizioli - continua a tenere banco. E dopo la bordata del Pd contro la Regione - «hanno gettato la maschera, si va verso un modello in cui solo chi paga sarà curato» - è di nuovo il governatore Francesco Acquaroli ad entrare a gamba tesa nella discussione.

TV



Gianni Morandi in concerto ad Ancona, palas tutto esaurito

L'ALLEANZA



Non solo Amazon, c'è lo scatto del Polo intermodale: «Uniti per rilanciare le Marche» Protocollo d'intesa per integrare porto, aeroporto e interporto

LA MOSTRA

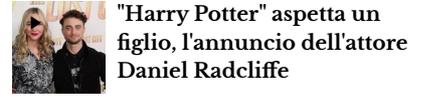
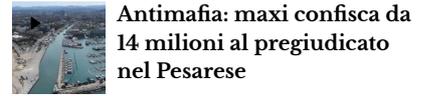
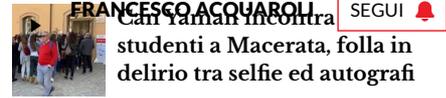


Il curatore Nicosia esalta le Marche a Roma: «Quanti geni in una regione». L'esposizione occupa 57 padiglioni

IL RINVIO



Nomine dei direttori Ast, la Commissione è da rifare. Può anche slittare tutto a maggio



Can Yaman incontra studenti a Macerata, folla in delirio tra selfie ed autografi

Antimafia: maxi confisca da 14 milioni al pregiudicato nel Pesarese

"Harry Potter" aspetta un figlio, l'annuncio dell'attore Daniel Radcliffe

Il post

adv

Scopri di più su
promo
Talenti Impreme

«Non sorprende - scriveva ieri sul suo profilo Facebook - che queste mistificazioni vengano da chi ha sempre fatto affidamenti diretti ai privati, sfiorando i tetti di spesa senza effetti risolutivi sulle liste di attesa e sulla mobilità passiva. In sostanza accusano me di quello che hanno sempre fatto». Mira ad alzo zero: «Chi parla mente palesemente perché non ha altre argomentazioni». E conclude caustico: «Saper leggere è un requisito essenziale e in Italia credevo ormai estinto l'analfabetismo». Tranchant. L'inedito Acquaroli al vetriolo conclude poi la riflessione con quella che è la sua impostazione della sanità. «La nostra riforma non darà più spazio ai privati, ma ci sarà una riqualificazione della committenza pubblica, un riequilibrio territoriale e soprattutto ci saranno - novità assoluta nella nostra Regione - le gare ad evidenza pubblica in attuazione del principio di concorrenza».

I precedenti

- DELLA STESSA SEZIONE



Risonanze magnetiche e colonscopie, incubo liste d'attesa. La Regione ha una mappa precisa

Il privato nella sanità, Acquaroli al vetriolo: «Pd mente e mistifica»

di Martina Marinangeli



L'INTERVISTA

L'assessore Saltamartini: «Io scomodo? Sì, ma non mi fermo. Pretendo una sanità che funzioni»

di Maria Teresa Bianciardi



I CONSIGLI

Vacanze-lampo e ponti, quante occasioni al volo. Partenze dal Sanzio: ecco destinazioni e prezzi

di Veronique Angeletti



VOGLIA DI VACANZE

Il treno notturno per Vienna a giugno da Ancona e Pesaro: ecco quanto costerà



IL SETTORE

Il bio marchigiano ancora più smart, presentato il progetto Si-Riparte

MARCHE

CorriereAdriatico

FRANCESCO ACQUAROLI

SEGUI 

Il vaso di Pandora del ricorso alla sanità privata per sopperire alle carenze del pubblico era stato scoperto mercoledì da Brizioli, che lamentava una mancata interlocuzione con la Regione. Pronta la rassicurazione di Acquaroli: «Tra le numerose questioni che si tratteranno, ci sarà anche il ruolo del privato». Parole su cui si è innestata la polemica politica. Con strascico infinito: «Il primo argomento di cui parla ribattendo al nostro intervento in questo ambito, dopo il silenzio di quasi 2 anni e mezzo da presidente, è la sanità privata e non, magari, il problema delle liste d'attesa», la controreplica del consigliere dem Romano Carancini. La saga continua (?).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Condividi 

POTREBBE INTERESSARTI

Raccomandato da 

AD

AD

Rum Reserva Exclusiva Gift Box Old Fashioned Kit

€ 195,50
TANNICO

AD

Cerasuolo D Abruzzo Doc 2021

€ 42,60
TANNICO

AD

Spumante Brut Metodo Classico Edition I Astuccio

TANNICO

AD

Clarks Sneakers - Cantal Low Misto blu navy

Clarks Sneakers Misto blu navy Cantal
Low Il profilo rilassato della sneaker...
Clarks IT

AD

— MoltoFood —



Marcel Boum, l'integrazione passa dalla tavola

— GUIDA ALLO SHOPPING —



Gewürztraminer: come scegliere il migliore tra le diverse cantine di origine trentina e friulana?

LE PIÙ LETTE

LA FORTUNA

1 Centrato il "sei" da 73 milioni di euro al SuperEnalotto con una giocata on line: è la prima volta

LO CHOC

2 Tragico incidente, Davide non ce l'ha fatta: muore a 24 anni dopo lo scontro con un'auto

OSIMO

3 «Nonnino esibizionista sul Tiramisù»: l'allarme di una mamma scatena i social
di Giacomo Quattrini

Il congedo e la terapia del dolore mestruale

L'endometriosi coinvolge tre milioni di donne in età fertile. Stare male in quei giorni può esserne sintomo spia. O ricondurre ad altri disturbi, accomunati da mestruazioni "pesanti". Per le quali ora si parla di concedere congedi ad hoc. Ma c'è chi si oppone

di Elena Meli

Qualcuna è costretta a prendere gli analgesici per tollerare il mal di pancia, altre si sentono a pezzi perché il ciclo è così abbondante da lasciarle quasi letteralmente senza fiato. "Quei" giorni possono essere difficili e, anche se le mestruazioni continuano a essere un argomento di cui si parla poco e male, si è cominciato a discutere sull'opportunità di dare congedi ad hoc, a scuola e sul lavoro, alle donne con un ciclo molto doloroso o abbondante. Ma qualcuno si chiede: la soluzione migliore è stare a casa?

In alcuni Paesi il congedo mestruale, ovvero un permesso retribuito dal lavoro per uno/tre giorni, è realtà da tempo: il Giappone per esempio lo ha istituito nel lontano 1947 e la Corea del Sud poco dopo, leggi simili sono state varate poi in Indonesia, a Taiwan, in Cina e in Zambia. In Italia si è tornati a parlarne dopo che la Spagna, a dicembre scorso, ha approvato una legge che consente alle donne con un ciclo molto doloroso di stare a casa per tre giorni ogni mese, presentando un certificato medico: è il primo Paese europeo a farlo, riaccendendo la discussio-

ne attorno a un tema su cui era stato presentato un progetto di legge simile anche in Italia, nel 2016, senza successo. Quattro deputate avevano sottolineato come dal 60 al 90 per cento delle donne soffra durante il ciclo; l'assenteismo sul lavoro dovuto a mestruazioni dolorose o abbondanti sarebbe del 5-15 per cento, a scuola arriverebbe fino al 51 per cento. Una proposta analoga è stata presentata a febbraio 2023, ancora alla Camera dei Deputati. Nel frattempo si sono mosse proprio le scuole: dal 2023 le studentesse del liceo artistico Nervi-Severini di Ravenna con dolori mestruali invalidanti certificati dal medico potranno essere assenti da scuola due giorni al mese senza che questo pesi sul "monte ore" annuale da frequentare per essere ammesse agli scrutini, come accade per le assenze dovute a motivi medici.

Mentre altri istituti si interrogano se seguire l'esempio della scuola ravennate, c'è chi considera queste iniziative una conquista di civiltà perché la dismenorrea (questo il nome del ciclo doloroso) deve essere equiparata alle altre malattie. **SEGUE**

Il congedo e la terapia del dolore mestruale

SEGUITO E chi è contrario, perché teme che il congedo si trasformi in un boomerang per i diritti femminili contribuendo a promuovere l'idea del sesso "debole" e dell'inaffidabilità femminile nei giorni del ciclo, a scuola e sul lavoro.

Diagnosi senza indugio

«Quando c'è un problema medico la soluzione non è stare a casa da scuola o dal lavoro a soffrire con una borsa di acqua calda sulla pancia, ma risolvere il disturbo» commenta la ginecologa Valeria Dubini, vice presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO). «Purtroppo è ancora radicata l'idea che il dolore sia connesso al femminile, che vada sopportato: questo porta spesso a non agire. Quando il dolore mestruale è patologico occorre, ed è possibile, intervenire: quand'anche non bastasse l'analgescico, se si è costrette a stare a letto e si manifestano sintomi collaterali, come nausea e vomito, è bene approfondire la situazione con una visita ginecologica».

Il 70-80 per cento delle donne soffre di dismenorrea, ma solo il 10-15 per cento in modo grave. In questi casi il dolore può essere provocato da cisti o fibromi uterini, che si diagnosticano con una semplice ecografia, o dall'endometriosi, una malattia in cui il tessuto che riveste l'utero migra nell'addome dando infiammazione e dolore; con il tempo il tessuto può creare aderenze o cisti con sangue all'interno, perfino "distorcere" l'assetto di organi come le tube. Ne viene una seria minaccia alla fertilità, tanto che il 30-50 per cento delle donne con difficoltà a concepire soffre di endometriosi. In Italia si stimano tre milioni di casi. «Nelle giovani un ciclo doloroso in assenza di fibromi o cisti deve far sospettare l'endometriosi. Per risolverla, la prima scelta è la pillola, che tiene sotto controllo gli ormoni e "blocca" le ovaie togliendo il nutrimento ormonale al tessuto uterino nell'addome: i sintomi regrediscono e si scongiurano le complicanze della malattia».

Il rischio degli interventi inutili

«Il contraccettivo ormonale non deve fare paura: non ha effetti sul tumore al seno, addirittura riduce del 50 per cento il rischio di tumore ovarico. E i farmaci attuali non fanno ingrassare» precisa la ginecologa. «A maggior ragione le pillole senza estrogeni, adatte anche alle donne a rischio per problemi circolatori o familiarità per trombosi, flebiti e simili. In alcune forme non acute, poi, aiutano anche integratori di magnesio o fitoterapici».

Ancora diversa è la questione dei cicli molto abbondanti, che riguardano circa una donna su dieci: pure in questo caso molte sottostimano il disturbo ritenendo fisiologico perdere molto sangue, al punto da sentirsi spossate e deconcentrate o da sviluppare anemia, per tacere delle limitazioni alla vita sociale. Se la causa è un fibroma o un polipo occorre sottoporsi a interventi

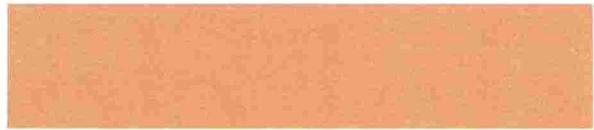
L'Iva sugli assorbenti

In Italia sono tassati al 10 per cento, come i lavori edili

Tuttora si parla poco del ciclo e perfino gli spot sugli assorbenti fanno clamore se cercano di affrontare il tema in maniera realistica. Qualcosa però è cambiato: in Italia la legge di bilancio 2022 ha ridotto dal 22 per cento (l'aliquota per i prodotti di lusso) al 10 per cento l'Iva su assorbenti, tamponi e coppette mestruali, la cosiddetta "tampon tax".

Un primo passo, a fronte della spesa stimata per ogni donna di oltre 100 euro l'anno per questi prodotti. Esborso che può determinare nelle fasce più fragili economicamente la rinuncia a questi prodotti. Per il 2023 una rete di 260 farmacie l'Iva l'ha azzerata (loyds.it). Intanto in Scozia gli assorbenti per legge sono distribuiti gratis.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



di chirurgia mininvasiva per toglierli. «Tuttora i cicli abbondanti sono uno dei motivi più frequenti di isterectomia: l'asportazione dell'utero. Ma va considerata l'ultima scelta se non si tratta di malattia oncologica» nota Dubini. «Farlo infatti altera l'anatomia della pelvi, aumenta il rischio di interventi successivi, ha ripercussioni negative sull'apparato urinario. In più oggi le donne hanno figli più tardi e non ha senso l'idea per cui dopo gli anta si possa togliere l'utero perché "non serve più". Esiste un approccio diverso, e le donne devono sapere di poterlo scegliere».

Uscire dal silenzio

La prima scelta per il flusso abbondante è applicare un sistema intrauterino a rilascio locale di progestinico a bassissimo dosaggio: gli ormoni agiscono solo dove occorre, gli effetti collaterali sono minimi e il flusso si riduce, fino a scomparire in una donna su cinque. Queste "spirali medicate", che possono essere portate per cinque anni, sono molto efficaci e anche contraccettive, con un effetto reversibile appena vengono rimosse. In alcuni casi si possono usare altri farmaci come la pillola contraccettiva, l'acido tranexamico (un antiemorragico) nei primi giorni del ciclo o gli antinfiammatori non steroidei, che oltre a togliere il dolore diminuiscono il flusso. Se ci sono polipi o fibromi, possono essere rimossi con la chirurgia mininvasiva. «Ciascuna può trovare la soluzione più adatta per sé: lo facciamo quando abbiamo mal di testa, lo stesso deve accadere con il ciclo mestruale. La risposta non deve essere stare a casa e soffrire» conclude Dubini. **io**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I guai della sindrome premestruale

Se lo squilibrio ormonale diventa invalidante oggi si può correggere. Più difficile farlo con certi pregiudizi

L'idea che per colpa del ciclo le donne siano più irritabili e non sempre al meglio di sé è dura a morire anche perché tanti danno la colpa alla sindrome premestruale. Subito prima del ciclo capita a tante di sentire l'addome gonfio o il seno più

teso del normale, ma anche di avere l'umore a terra o disturbi del sonno: «I fastidi possono essere disabilitanti, ma questo accade all'1-2 per cento delle donne. La sensazione è che anche la sindrome premestruale sia usata per far

passare l'idea dell'inferiorità, della fragilità femminile» osserva la ginecologa Valeria Dubini. «Anche in questo caso, peraltro, si può intervenire: la sindrome dipende da squilibri ormonali perciò, se i sintomi sono invalidanti, si può optare

per una spirale medicata con progestinici o per pillole progestiniche. Nelle situazioni più lievi si possono prescrivere integratori specifici, in alcune pazienti antidepressivi a basso dosaggio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Sole 24 ORE del lunedì

C2 in Italia
Lunedì 27 Marzo 2023
Anno 159 - Numero 85

Prezzi di vendita all'ingrosso
Dati di mercato ISTAT (Fonte: ISTAT)

Costo di produzione per copia di 0,0127 € (0,0127 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0127 € (0,0127 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0249 € (0,0249 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0249 € (0,0249 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0264 € (0,0264 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0264 € (0,0264 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0279 € (0,0279 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0279 € (0,0279 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0294 € (0,0294 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0294 € (0,0294 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0309 € (0,0309 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0309 € (0,0309 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0324 € (0,0324 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0324 € (0,0324 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0339 € (0,0339 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0339 € (0,0339 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0354 € (0,0354 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0354 € (0,0354 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0369 € (0,0369 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0369 € (0,0369 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0384 € (0,0384 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0384 € (0,0384 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0399 € (0,0399 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0399 € (0,0399 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0414 € (0,0414 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0414 € (0,0414 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0429 € (0,0429 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0429 € (0,0429 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0444 € (0,0444 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0444 € (0,0444 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0459 € (0,0459 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0459 € (0,0459 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0474 € (0,0474 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0474 € (0,0474 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0489 € (0,0489 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0489 € (0,0489 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0504 € (0,0504 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0504 € (0,0504 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0519 € (0,0519 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0519 € (0,0519 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0534 € (0,0534 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0534 € (0,0534 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0549 € (0,0549 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0549 € (0,0549 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0564 € (0,0564 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0564 € (0,0564 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0579 € (0,0579 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0579 € (0,0579 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0594 € (0,0594 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0594 € (0,0594 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0609 € (0,0609 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0609 € (0,0609 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0624 € (0,0624 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0624 € (0,0624 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0639 € (0,0639 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0639 € (0,0639 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0654 € (0,0654 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0654 € (0,0654 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0669 € (0,0669 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0669 € (0,0669 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0684 € (0,0684 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0684 € (0,0684 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0699 € (0,0699 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0699 € (0,0699 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0714 € (0,0714 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0714 € (0,0714 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0729 € (0,0729 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0729 € (0,0729 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0744 € (0,0744 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0744 € (0,0744 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0759 € (0,0759 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0759 € (0,0759 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0774 € (0,0774 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0774 € (0,0774 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0789 € (0,0789 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0789 € (0,0789 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0804 € (0,0804 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0804 € (0,0804 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0819 € (0,0819 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0819 € (0,0819 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0834 € (0,0834 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0834 € (0,0834 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0849 € (0,0849 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0849 € (0,0849 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0864 € (0,0864 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0864 € (0,0864 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0879 € (0,0879 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0879 € (0,0879 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0894 € (0,0894 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0894 € (0,0894 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0909 € (0,0909 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0909 € (0,0909 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0924 € (0,0924 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0924 € (0,0924 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0939 € (0,0939 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0939 € (0,0939 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0954 € (0,0954 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0954 € (0,0954 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0969 € (0,0969 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0969 € (0,0969 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0984 € (0,0984 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0984 € (0,0984 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)
Costo di produzione per copia di 0,0999 € (0,0999 € per copia) + trasporto e distribuzione
esclusa di 0,0999 € (0,0999 € per copia) + IVA di 0,0015 € (0,0015 € per copia)

917 23 571 786 4 58
PUBBLICITÀ: 02 30 90 00 00
DISTRIBUZIONE: 02 30 90 00 00
ABBONAMENTI: 02 30 90 00 00

Le sezioni
digitali
del Sole 24 Ore

L'esperto risponde



L'esperto risponde
Il tema di oggi
Opzione donna,
quota 103
e Ape sociale:
come anticipare
la pensione

Da opzione donna a quota 103
all'Ape sociale: le soluzioni
per anticipare la pensione.
Antonello Orlando
— nel fascicolo all'interno

24+ L'area premium
inchieste e approfondimenti
nel sito del Sole 24 Ore

M+ Mercati Plus
Notizie, servizi e tutti i dati
dei mercati finanziari

NT+ Norme & Tributi Plus
I quotidiani digitali su Fisco,
Diritto, Enti Locali & Edilizia

NT+ Lavoro
Contratti, sicurezza, forma-
zione, controversie e welfare



I centri del futuro

Amsterdam, Londra, Milano: ecco le città attira talenti (e fondi)

Le metropoli del post Covid: green, accessibili,
smart, con una mobilità adeguata. In grado
di conquistare nuovi abitanti e investimenti

Alexis Paparo e Serena Uccelli — a pag. 26

IL PROBLEMA APERTO
Sotto il Duomo si fanno i conti con i prezzi in crescita

Laura Cavestri — a pag. 2

Modelli, L'Università
di Amsterdam

TREGUA FISCALE
**Errori formali
e ravvedimento,
cosa fare in attesa
delle proroghe**

I tempi supplementari annunciati
nei giorni scorsi per diversi istitu-
ti della tregua fiscale impongono
ai contribuenti e ai consulenti di
valutare il da farsi. Il Consiglio dei
ministri potrebbe mettere nero su
bianco solo domani le proroghe
per la sanatoria degli errori for-
mali, il ravvedimento speciale e la
definizione degli atti (oggi in
scadenza il 31 marzo).
Deotto e Lovecchio — a pag. 16

PROFESSIONI
**Crisi d'impresa,
corsa all'iscrizione
per l'Albo gestori**

Ultimi giorni per completare la
formazione e iscriversi all'Albo
gestori della crisi di impresa in
fase di primo popolamento. I
numeri degli esperti attesi.
Mazzè e Uva — a pag. 10

Bonus casa, otto modifiche alle cessioni

Agevolazioni

Dopo gli emendamenti
votati giovedì scorso, arriva
al rush finale il decreto 11/23

Prendono forma i correttivi al de-
creto legge che ha bloccato le ces-
sioni del bonus casa e del superbo-
nus dal 17 febbraio scorso. Restano
ancora diversi problemi da risolvere,
ma oggi — quando la commissione
Finanze della Camera darà il voto
decisivo — si ripartirà da otto punti

fermi già approvati giovedì scorso.
Le modifiche, innanzitutto, ten-
dono una mano ai contribuenti ri-
masti spiazzati dal decreto. Sia a chi
aveva avviato piccoli interventi in
edilizia libera (dal cambio delle fi-
nestre alla caldaia). Sia a chi il 16
febbraio non aveva ancora registra-
to il preliminare d'acquisto di una
casa ristrutturata o ricostruita con
il sismabonus acquisti.

Restano invece da sciogliere i
nodi dei crediti incagliati e delle
proroghe: quella per ultimare i la-
vori sulle villette e, soprattutto,
quella per comunicare le opzioni di
cessione o sconto del bonus 2022.
Aquaro e Dell'Oste — a pag. 6

RIFORMA FISCALE

Tax expenditures, a rischio 3,6 miliardi di spese detraibili

La riforma fiscale rilancia il
taglio delle spese fiscali. Si
ipotizza di limitare l'uso delle
detrazioni al 19% in base al
reddito, ma salvando alcune
ambiti (sanità, istruzione,
mutui). Gli oneri non tutelati
sarebbero pari a 3,6 miliardi.
Aquaro e Dell'Oste — a pag. 5

EREDITÀ

Successioni: la delega gioca la carta semplificazione

Autoliquidazione e addio ai
micro-tributi sono i principali
interventi promessi dalla delega
fiscale per semplificare l'imposta
di successione, che coinvolge
sempre più contribuenti.
Finizio e Maglione — a pag. 4

GIUSTIZIA CIVILE

Più tutele e processi veloci contro gli abusi familiar

Giorgio Vaccaro
— a pag. 25

La mappa
FOTOVOLTAICO
URBANO,
IL 10%
DEGLI IMPIANTI
È AROMA

di **Michela Finizio**

Parte da una dotazione
già importante la corsa
delle grandi città
italiane alle comunità ener-
getiche rinnovabili.

La mappa del fotovol-
taico installato ad oggi,
fornita al Sole 24 Ore dal
Centro Studi Tagliacarne
su dati Gse-Atlaimpianti,
può contare già su 123.103
impianti attivi nei 107 com-
uni capoluogo.

Il 10,6% si trova nella Ca-
pitale, dove a dicembre è
stata approvata una delibe-
ra comunale volta a sempli-
ficare e sostenere le nuove
autorizzazioni.
— Continua a pagina 12

SLOWEAR®

ENJOY FOR LONGER

Banche, crisi e mercati: caccia alle strategie per proteggere i risparmi

Dopo Credit Suisse

Dai titoli di Stato all'oro
rendimenti ancora buoni
ma restano le incognite

Silicon Valley bank prima e
Credit Suisse poi, due crack che
spingono i risparmiatori a ri-
considerare investimenti e
rendimenti. Ma proteggerli ac-
quistando titoli di Stato oggi ha

senso per almeno due ragioni.
Anche se potrebbe essere più
rischioso.

A favore dei titoli di Stato c'è il
fatto che i rendimenti restano
ben più elevati di un tempo. Il
secondo motivo per cui possono
essere considerati beni rifugio è
che i titoli di Stato sono tornati
ad essere "decorrelati" dalle
azioni. Ma restano punti interro-
gativi tassi e inflazione.

Poi c'è l'oro, ma ci hanno già
pensato in molti ad acquistarlo
come bene-rifugio. Forse troppi.
Morya Longo — a pag. 7

IL CASO
Antiterrorismo in campo per i controlli
sulle piante finanziate dal Pnrr

Gianni Trovati — a pag. 27

Scuola 24

SCUOLA

A settembre il docente tutor in 70mila classi

Bruno e Tucci — a pag. 9

Real Estate 24

SUL MARE

La marina è hub di case di lusso, ristoranti e hotel

Laura Cavestri — a pag. 12

Marketing 24

CREATIVITÀ E TECNOLOGIA

La nuova era dell'intelligenza aumentata

Colletti e Grattagliano — a pag. 14

ABBONATI AL SOLE 24 ORE
1 mese a soli 4,90 €. Per info:
ilsule24ore.com/abbonamento
Servizio Clienti: 02.30.900.600

CORRIERE DELLA SERA

5 MI

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 59/C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 6376710
mail: servizioclienti@corriere.it



Le sfide economiche
Dall'auto green al Pnrr
i dossier aperti della Ue
di **Federico Fubini**
a pagina 11



Domani gratis
Speciale moda
su loDonna
l'inserto in edicola
con il «Corriere»



Riforma Calderoli
**NORD, SUD:
UN GRANDE
RIASSETTO**
di **Goffredo Buccini**

Viene da lontano, attraverso i sussulti del nostro localismo, tra le insoddisfazioni separatiste dei territori più ricchi e le recriminazioni revanesciste di quelli più poveri. E si porta addosso una narrazione di diffidenza fra Nord e Sud, spesso infarcita di stereotipi. Ma non è mai stata così vicina a compiersi l'autonomia differenziata: il trasferimento dallo Stato alle Regioni di funzioni numerose e rilevanti, in attuazione dell'articolo 116 della nostra Costituzione, come da riforma del 2001.

continua a pagina 26

Continuano le partenze. I medici: «Arrivano tante donne incinte». Altri naufragi, almeno 29 morti
Sbarchi, caos e sequestri
Lampedusa al collasso. Fermata la nave umanitaria dell'artista Banksy

di **Fabrizio Caccia**
e **Giulio Fasano**

Sbarchi senza sosta, Lampedusa è piena, ancora naufragi e montano le polemiche. Tra i migranti «tante donne incinte». La nave finanziata dall'artista Banksy fermata: «Viola le nuove norme».

da pagina 4 a pagina 6

DATAROOM
**Statuto speciale,
costi e privilegi**

di **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

a pagina 13



L'INTERVISTA / ANTONIO TAJANI

**«Bisogna aiutare Tunisia
La crisi spinge i barconi»**



di **Marco Galluzzo**

Aiuti alla Tunisia, dice Tajani. «Servono fondi per la crisi finanziaria mondiale». a pagina 5

ROCCELLA: I SINDACI RISPETTINO LA LEGGE
**«La maternità surrogata?
Ha connotazioni razziste»**

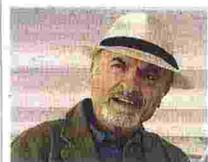
di **Alessandra Arachi**

La ministra: «La maternità surrogata ha connotazioni razziste. Il problema è da dove arriva quel figlio». a pagina 19

AVEVA 77 ANNI

**Il teatro, i film,
la lunga malattia
Addio all'attore
Marescotti**

di **Stefania Ulivi**



La carriera «iniziata tardi e per caso», come lui stesso aveva detto. Il teatro e i film con Checco Zalone, Risi, Benigni e Muccino. Ivano Marescotti un anno fa ha deciso di ritirarsi dalle scene per una grave malattia. La battaglia, lunga, estenuante. Ieri è morto: aveva a 77 anni.

a pagina 32

«Crisi» parallele
**I TORMENTI
DI PARIGI
E BERLINO**

di **Paolo Lepri**

L'auspicio, naturalmente, è che Francia e Germania guariscano dalla malattia che le ha colpite. Nessuno — in un'Europa sempre più interdipendente non solo economicamente e politicamente, ma nella vita reale dei suoi cittadini — può sperare di trarre beneficio dalle sventure di questi due giganti. Sarebbe un calcolo sbagliato.

Ma per guarire bisogna iniziare le cure. E per farlo bisogna non solo comprendere bene i sintomi ma avere chiare soprattutto le cause.

continua a pagina 26

A Malta Qualificazioni europee, vittoria dopo il ko con gli inglesi



L'attaccante italoargentino Mateo Retegui, 23 anni, dopo il gol di testa a Malta abbraccia Emerson (28)

**Retegui segna ancora
e trascina la Nazionale**

di **Alessandro Bocci** e **Paolo Tomaselli**

L'Italia si riscatta e coglie la prima vittoria sulla strada per la qualificazione agli Europei. Gli azzurri vincono 2-0 contro Malta. Ancora in gol con Retegui. Raddoppio di Pessina.

a pagina 34

La guerra Lozar: l'Occidente è oltre la linea rossa
**La Nato condanna
l'escalation di Putin**
«Irresponsabile»

di **Lorenzo Cremonesi**
e **Fabrizio Dragosei**

Il presidente russo Putin attacca ancora l'Occidente, «istigatore e mandante del conflitto con l'Ucraina fin dall'inizio del 2014». «Ha superato tutte le linee rosse con l'invio delle armi a Kiev», dice lo zar. Che minaccia: «In Bielorussia anche dieci aerei in grado di trasportare testate atomiche». Questo mentre il presidente Zelensky ribatte che gli aiuti degli alleati renderanno l'Ucraina «più forte» e la Nato bolla le dichiarazioni di Putin come «retorica pericolosa e irresponsabile». E intanto i Paesi nordici pianificano una difesa aerea comune contro Mosca.

alle pagine 2 e 3

IL MINISTRO DUPOND MORETTI

**«Gli esuli italiani
sono terroristi
Come Battisti»**

di **Stefano Montefiori**



«Gli esuli italiani in Francia? Io li chiamo terroristi»: così il ministro della Giustizia francese Eric Dupond-Moretti. E sugli scontri nel Paese: «Bruciare le auto non è democrazia».

a pagina 14

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

Ho celebrato il giorno dedicato a Dante Alighieri, il *Dantedì* del 25 marzo (probabile data di inizio del suo viaggio nell'aldilà e, non a caso, festa dell'Annunciazione a Maria, nove mesi prima del Natale, e data simbolica dell'inizio della creazione divina associata alla primavera), concludendo il racconto della *Commedia* a teatro in tre serate intitolate: «Di nostra vita: inferno, purgatorio, paradiso». Ritengo che questi non siano luoghi in cui andremo, ma in cui siamo (sono stati e strati dell'esistenza) ogni giorno, per scelta più o meno consapevole. La grande letteratura non scherma la vita, ma ne testimonia l'esperienza «senza mezzi termini», cioè con precisione di parole. Quando il poeta narra il viaggio



Dovunque sotto il cielo
nell'aldilà sta vagando nell'al di qua da esiliato: ha perso tutto, non potrà mai più tornare a Firenze a causa di un'ingiusta condanna. La sua vita è «imprigionata» eppure trova la strada verso il cielo, non andando in alto, ma scavando oltre l'abisso: toccando il fondo gelato dell'inferno, Dante scopre infatti che è un'apertura, e quella che sembrava una discesa era invece un'ascesa. Arrivati al centro della Terra, Virgilio aiuta Dante a calarsi lungo il corpo di Satana (un corpo a corpo con il male) che è lì incastrato, per poi aiutarlo a mettersi a testa in giù e introdurlo nell'altro emisfero, dove salirà sul monte del purgatorio, per poi volare in paradiso.

continua a pagina 25

La voce di **Kerakoll**

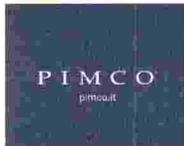


**Con l'edilizia
antisismica
si costruisce
un futuro più
sicuro**

Scopri di più all'interno de Il Corriere della Sera

Pirella Göttsche Lowenthal - DL - 35170032 come L. 46/2004 art. 1 c. 6/3 Milano
9 771120 498008

185066

	<p>LUCA VIGNAGA L'Italia dei marchi: il rilancio di Lanerossi di MARIA ELENA VIGGIANO 12</p>		<p>OTTO ANNI IN VOLATA Musica, la corsa del business è anche tricolore di ANDREA LAFFRANCHI 27</p>	<p>LIQUIDITÀ E MERCATI Fondi, depositi, Bot: dove rifugiarsi aspettando la ripresa di PIEREMILIO GADDA 42</p>	
---	--	---	--	---	---

Risparmio, Mercato, Imprese

L'Economia

LUNEDÌ
27.03.2023
ANNO XXVII - N. 12
economia.corriere.it

del **CORRIERE DELLA SERA**

IL CASO CREDIT SUISSE E SVB
POCO VIGILATE E SPREGIUDICATE

LA CADUTA DELLE BANCHE RIDATECI LA FIDUCIA PERDUTA

di **FERRUCCIO DE BORTOLI**

«Le nostre ombre sono più grandi delle nostre anime». È un passaggio di *Stairway to Heaven*, celebre brano dei Led Zeppelin. Se la citazione è lecita, e non scandalizza i critici musicali, sono parole che si attagliano perfettamente a quello che è accaduto nell'ultima tempesta finanziaria. Le ombre (sulla tenuta del sistema e sui bilanci delle banche) appaiono, nonostante le assicurazioni, ancora più grandi; le anime dei protagonisti (banchieri soprattutto svizzeri e americani alcuni organi di vigilanza ma non la Bce) al contrario, pericolosamente modeste.

L'interpretazione del testo della canzone lascia ampi margini di ambiguità. La scala porta davvero in paradiso oppure all'Inferno? Il paradiso in terra esiste per tutti coloro che, non pagando pegno per i propri errori, non solo si arricchiscono ma scaricano il costo della loro imperizia (quando non colposa o dolosa) sulla collettività. Il *moral hazard*, l'azzardo morale che tutti i governanti — ultime le solenni parole di Joe Biden dopo il fallimento della Silicon Valley Bank — e le autorità di vigilanza dicono di combattere, alla fine è addirittura premiato.

SEGUE A PAGINA 2

Con articoli di **Stefano Caselli, Edoardo De Biasi, Dario Di Vico, Andrea Ducci, Daniele Manca, Alberto Mingardi, Raffaella Polato, Stefano Righi, Massimo Sideri, Danilo Taino**
4, 5, 7, 10, 15, 17, 19, 21



Sandro Veronesi
GRUPPO CALZEDONIA

«La crescita non è un optional:
mai mettersi limiti,
si deve osare e rischiare»

di **FRANCESCA GAMBARINI 11**

Distribuito con il Corriere della Sera, non vendibile separatamente. Poste Italiane Sped. in A.P. D.L. 353/2003 conv. L.66/2004 art. 1, c.1 DCB Milano

DIAMO AI PROGETTI L'ECCELLENZA CHE MERITANO

Hard Rock Cafe, per la sua sede di Roma in Via Veneto, da sempre iconica strada per la "dolce vita", ha scelto **Mitsubishi Electric** per la realizzazione di sistemi per il riscaldamento e raffrescamento d'aria e la produzione di acqua calda sanitaria.

HARD ROCK CAFE (Roma)



Mitsubishi Electric è sempre più coinvolta in prestigiosi e avveniristici progetti, grazie alla qualità delle sue soluzioni tecnologiche e ad un'ampia gamma di servizi dedicati pre e post vendita.

Oggi è il partner ideale perché ha a cuore non solo il **rispetto ambientale**, ma anche il **risparmio energetico** che si traduce in una significativa riduzione dei consumi.

Mitsubishi Electric, il piacere del clima ideale.



185066



800 089 952 | unoenergy.it | f in @

la Repubblica



800 089 952 | unoenergy.it | f in @

Fondatore *Eugenio Scalfari*

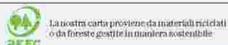


Direttore *Maurizio Molinari*

Lunedì 27 marzo 2023

Oggi con *Affari&Finanza*

€ 1,70



EMERGENZA SBARCHI

Le Ong sotto attacco

La Guardia Costiera: Ocean Viking e Sea Watch ostacolano i soccorsi. Fermata la nave di Banksy: salviamo vite e voi guardate. Dramma a Lampedusa, i bambini dormono per terra. Oggi il clic day, attesi 82.000 lavoratori stranieri, ne servono il doppio

La Ue pensa di ripristinare l'operazione Sophia, affondata da Salvini

L'analisi

Migranti e natalità applicare il modello tedesco

di **Francesco Billari**

Il declino demografico italiano non è ineluttabile. La Germania, un paese la cui popolazione sembrava destinata a diminuire sensibilmente all'inizio del nuovo millennio, è passata da 80 a 83 milioni di abitanti tra il 2011 e il 2021.

• a pagina 26

Mappe

Se scende la fiducia nell'Europa

di **Ivo Diamanti**

La fiducia degli italiani verso l'Unione europea, dopo alcuni anni, ha ripreso a scendere. Secondo il recente sondaggio condotto da Demos, nelle ultime settimane, si è fermata al 38%. Il livello più basso degli ultimi anni. Alla fine dell'anno scorso, infatti, aveva toccato il 45%.

• a pagina 10



Due immagini dei migranti nell'hotspot di Lampedusa: l'isola è al collasso

di **Candito, Colombo, Crosetti, Tito e Ziniti**

• da pagina 2 a pagina 5

Diritti

Maternità surrogata e il razzismo di Roccella

di **Maria Novella De Luca**

Si è forse chiesta la ministra Roccella come possono sentirsi i bambini nati con maternità surrogata all'estero, ad essere definiti in Italia, ogni giorno, figli di un «reato universale»? O prodotti di un «turpe mercato», oggi addirittura con «connotazioni razziste»?

• a pagina 9. Con un servizio di **Matteo Pucciarelli**

La tortura continui a essere un reato

di **Corrado Augias**

La proposta di abolire il reato di tortura, avanzato dalla destra, è di allarmante gravità in sé e per l'ordine mentale e storico dalla quale è scaturita. Il reato di tortura è stato introdotto nel nostro ordinamento nel 2017 e prevede la reclusione da 4 a 10 anni.

• alle pagine 28 e 29

Mappamondi

Israele, la rivolta assedia Netanyahu che valuta lo stop alla riforma



Netanyahu valuta di congelare la riforma della giustizia. Il premier israeliano, dopo aver licenziato il ministro della giustizia Galant che si era opposto alla riforma, viene assediato dalla folla che arriva sotto casa sua. Gli Usa esprimono «forte preoccupazione».

di **Tercatin** • a pagina 15

In Ucraina si gioca la sfida Cina-Usa

di **Ezio Mauro**

Non era un vero piano di pace, il preambolo in 12 punti che ha accompagnato Xi Jinping nella visita di Stato a Mosca, ma uno strumento politico disarmato di soft power: capace di dotare il presidente cinese del ruolo e del rango necessario per entrare al Cremlino come interlocutore di primo piano.

• a pagina 27

1 MESE DI UTILIZZO

Prostamol

Integratore alimentare a base di Serenoa Repens che contribuisce a favorire la funzionalità della prostata e delle vie urinarie

30 CAPSULE MOLLI

Peso netto: 15,15 g

E NON HAI PIÙ SCUSE

Prostamol è un integratore alimentare. Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta variata ed equilibrata e di uno stile di vita sano.

A. MENARINI

Il primario di psichiatria

“Wissem si agitava, lo abbiamo legato, la morte un mistero”

di **Romina Marceca e Marco Mensurati**

Hanno ucciso un ragazzo sano, bombardandolo di sedativi e antiepilettici. Ad ammetterlo, in una mattina di fine marzo all'ospedale San Camillo di Roma, è il professor Piero Petrini, il primario del reparto in cui Wissem Ben Abdel Latif è morto a 26 anni.

• a pagina 21

25 anni del Viagra



La pillola blu che ha spento l'ansia ma anche la fantasia

di **Elena Stancanelli**

• a pagina 25

A Malta 0-2



Bis di Retegui e la nazionale riparte dall'oriondo

dal nostro inviato **Enrico Currò** • a pagina 32

Sede: 00147 Roma, Via Cristoforo Colombo, 90
Tel. 06/49821, Fax 06/4982293 - Sped. Abb.
Post., Art. 1, Legge 46/04 del 27/02/2004 - Roma.

Concessionaria di pubblicità: A. Manzoni & C.
Milano - via Winkelmann, 1 - Tel. 02/574941,
e-mail: pubblicita@amanzoni.it

Prezzi di vendita all'estero: Francia, Monaco P., Slovenia € 3,00
- Grecia, Malta € 3,50 - Croazia KN 7,60 / € 3,00 - Svizzera Italiana CHF 3,50
- Svizzera Francese e Tedesca CHF 4,00

185066

A&F

GLI ANTICORPI DELLE BANCHE

La tempesta non si è placata, ma le europee sono più liquide di quelle Usa ● pag. 8-9-11

I PREZZI DELLE CASE GREEN

La domanda del mercato spinge le valutazioni ● pag. 40

Affari&Finanza

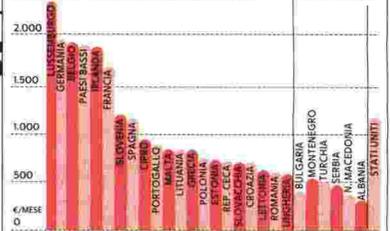
IL MERITO NON LA POLITICA

La partita delle nomine bagarre nella maggioranza C'è in gioco il controllo dei centri di potere economico del Paese
Walter Galbati ● pag. 20

Salario minimo

Dove c'è funziona

IL SALARIO MINIMO IN EUROPA



Vantaggi per i lavoratori. E se perdono il posto, ne trovano uno migliore
Valentina Conte ● pag. 6-7

NON È UNA GARA A CHI OFFRE DI PIÙ

Sulla paga oraria ci vuole un metodo Perché il dibattito non riesce ad andare oltre le discussioni sulla cifra
Andrea Gambero ● pag. 21

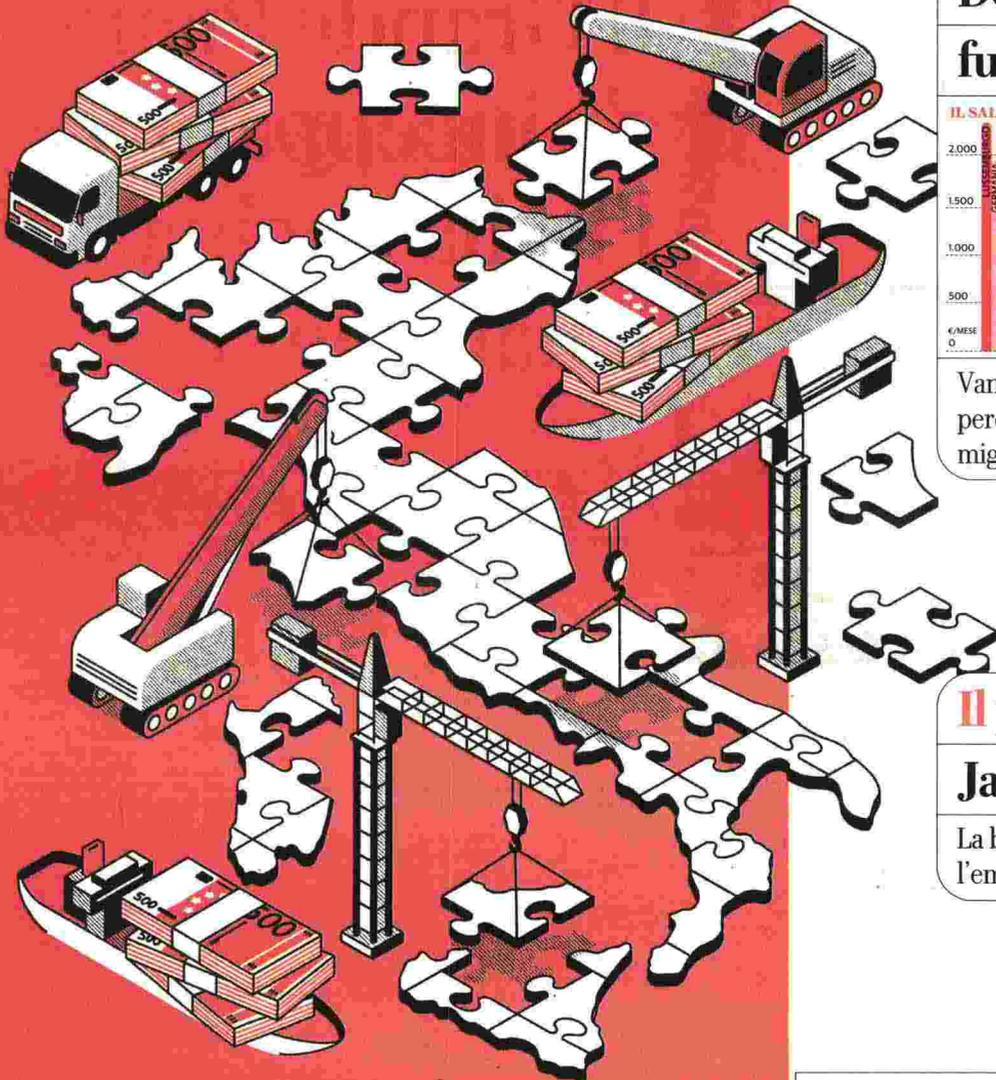
Il personaggio

Jane Fraser

La banchiera che predica l'empatia
Claudia de Lillo ● pag. 19

LE RISORSE CHE CI SERVONO

Le difficili trattative per non perdere i fondi Ue Gli scontri con Bruxelles danneggiano l'Italia
Oscar Giannino ● pag. 23



L'occasione da non perdere

La governance, la tabella dei tempi e il rodaggio della macchina, la capacità di spendere i fondi assegnati e le difficoltà dei Comuni. Ecco i quattro fattori che rischiano di condannare al fallimento il Pnrr, il piano per rilanciare l'Italia
Giuseppe Colombo ● pag. 2-3

ILLUSTRAZIONE DI JACOPO ROSATI

Make it efficient.
Make it digital.
Make it for life.

#IndustriesOfTheFuture

185066

L'INTERVISTA

“Enzo Jannacci, mio padre a Sanremo avrei voluto lui”

MARINELLA VENEGONI



Paolo Jannacci è un cuore d'oro, un musicista di razza senza tormenti del quale il padre Enzo andava fiero. Tanto che il figlio, negli ultimi anni, si trasformò un po' in padre. - PAGINE 30 E 31

IL LUTTO

Marescotti, l'ex impiegato con un'anima da attore

MICHELA TAMBURRINO



Aveva un volto molto particolare Ivano Marescotti. Quelle facce che non le dimentichi. Era perfetto nei ruoli di tormentato, oppure cattivo, o anche bastonato dalla vita. - PAGINA 31



LA STAMPA

LUNEDÌ 27 MARZO 2023



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € • L'ANNO 157 • N. 84 • IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) • IL SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DGB-TO • www.lastampa.it



L'ANALISI

CARA MELONI LA VERA MADRE È LA COSTITUZIONE ELEI NE È FIGLIA

DONATELLA STASIO

Amnesso - e non concesso - che essere madre sia garanzia di umanità e di credibilità politica, la presidente del Consiglio Giorgia Meloni, che quel "titolo" esibisce come una medaglia, dovrebbe spiegarci dov'è finita la madre che è in lei nel dibattito politico parlamentare sui figli delle coppie gay, sui figli delle madri detenute e su quelli dei migranti naufragati al largo di Cutro. Dovrebbe dirci dove cercare quella madre nelle parole (non) pronunciate sui figli dell'Italia antifascista, trucidati alle Fosse Ardeatine. Amnesso - e ancora una volta non concesso - che il sentimento materno qualifichi più del sentimento costituzionale dell'antifascismo, della solidarietà, del rispetto, la presidente Meloni dovrebbe aiutarci a trovare - nella punizione delle Ong che salvano i migranti, nella voglia di cancellare il reato di tortura e di togliere la potestà genitoriale alle detenute madri, nei muri alla circolazione in Europa dei figli di famiglie arcobaleno - la compassione materna, che secondo la Chiesa è partecipazione attiva alla sofferenza altrui, vedi Maria dinanzi alla passione e alla morte di Gesù. È singolare che una donna approdata democraticamente alla guida politica di un Paese abbia bisogno di usare la maternità per legittimare la propria azione, con buona pace della storia.



L'EQUIPAGGIO DELLA MICHEL: SIAMO PRIGIONIERI. ROCCA: COOPERARE CON I VOLONTARI. TAJANI: IN AFRICA RISCHI DI ISLAMIZZAZIONE

Ong sotto tiro: "Ostacolano i salvataggi"

La guardia costiera: troppi soccorsi e regole violate. Gabrielli attacca: la linea dura non paga

ARENA, LONGO, OLIVO, RIGATELLI

Il governo assiste con preoccupazione all'ondata di arrivi. I numeri record degli sbarchi nelle ultime ore sono da emergenza. - PAGINE 2-7

LE ROTTE DELLA SPERANZA

Tunisia, fuga obbligata da violenza e dittatura

FRANCESCA MANNOCCCHI

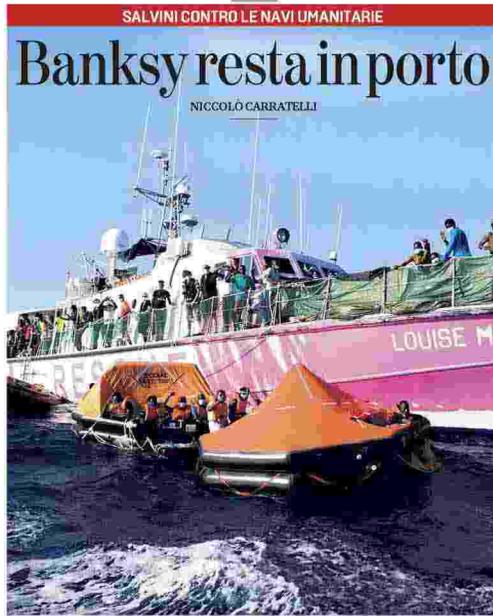
Numeri degli arrivi dalla Tunisia di questi ultimi giorni raccontano ancora una volta un Mediterraneo di morti e dispersi. Sono state 60 le vittime del mare provenienti dalla Tunisia negli ultimi giorni. - PAGINE 6 E 7

I DIRITTI

IL DRAMMA UMANO E LE SCELTE MIOPI

KARIMAMOUL

Quel che succede con i migranti nel Mar Mediterraneo è una vergogna ben documentata da anni. Non è solo la fossa comune dell'umanità, ma un campo di battaglia. - PAGINA 27



SALVINI CONTRO LE NAVI UMANITARIE

Banksy resta in porto

NICCOLÒ CARRATELLI

CHRIS ORODZKI/REUTERS

POLEMICA SUI FIGLI ARCOBALENO. LA MINISTRA AI SINDACI: NON DOVETE REGISTRARLI

Roccella: razzista la maternità surrogata

IL COMMENTO

MA QUESTO GOVERNO DISCRIMINA I BAMBINI

ANNALISA CUZZOCREA

Roccella ha ragione: prima i diritti del bambino. Se la ministra fosse in grado di seguire questa sua affermazione, tutto il resto semplicemente non ci sarebbe. - PAGINA 27



AMABILE E BERLINGUER

Alta tensione tra sindacati progressisti e governo. Ieri è intervenuta la ministra Eugenia Roccella. - PAGINA 13

LA POLITICA

DESTRA E SINISTRA SCOSSE E CORRENTI

ALESSANDRO DE ANGELIS

Giorgia Meloni si è presa Forza Italia nell'ambito di un'intesa con Marina, i cui proclami erano ravvisabili già all'atto della formazione del governo. - PAGINA 27

IL PD

Non con Elly, non illusi ma stufi di stare fermi

MAURIZIO DE GIOVANNI



Non cercate l'illusione, nell'appello firmato da 168 cittadine e cittadini campani alla neosegretaria Schlein. Non immaginate la solita speranza destinata a un'ulteriore delusione. BERTINI - PAGINA 12

IL DIBATTITO

LE RAGIONI DEI "NO" ALL'ANTISEMITISMO

VITO MANCUSO



Da sempre ritengo l'antisemitismo una delle manifestazioni più pericolose della malignità umana e credo che la lotta contro di esso sia dovere fondamentale di ogni essere umano. - PAGINA 17

IL MUSICAL

SUI PALCHI DI LONDRA SILVIO B. SUPERSTAR

MASSIMILIANO PANARARI

La capitale britannica piattaforma perenne del musical. Ed ecco, quindi, che al vasto catalogo se ne aggiunge pure uno dedicato al «Gesù Cristo della politica». - PAGINA 27

IL COMMENTO

MA QUESTO GOVERNO DISCRIMINA I BAMBINI

ANNALISA CUZZOCREA

Roccella ha ragione: prima i diritti del bambino. Se la ministra fosse in grado di seguire questa sua affermazione, tutto il resto semplicemente non ci sarebbe. - PAGINA 27



AMABILE E BERLINGUER

Alta tensione tra sindacati progressisti e governo. Ieri è intervenuta la ministra Eugenia Roccella. - PAGINA 13

LA POLITICA

DESTRA E SINISTRA SCOSSE E CORRENTI

ALESSANDRO DE ANGELIS

Giorgia Meloni si è presa Forza Italia nell'ambito di un'intesa con Marina, i cui proclami erano ravvisabili già all'atto della formazione del governo. - PAGINA 27

LE IDEE

SE IL TEMPO PERSO È IL PIÙ PREZIOSO

ELENA LOEWENTHAL

Ci piace non pensarci, o fingere di non saperlo, ma le nostre giornate sono piene anche di tempo perso. - PAGINA 28

IL CALCIO

Brilla la stella di Retegui e gli azzurri battono Malta

PAOLO BRUSORIO

Neanche stavolta arriva la goleada, ma non si poteva e doveva sbagliare e così è stato: la vittoria su Malta non passerà alla storia, lontana è l'Italia che schiacciava l'Armenia e le sue sorelle, ma sono tre punti che ci mettono finalmente in marcia. BUCCHIERI - PAGINE 34 E 35

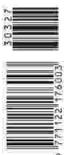


LE MOTO GP

Prima corsa, prima vittoria ricomincia il sogno di Pecco

GIULIA ZONCA

Ora c'è il numero uno sulla moto e un nome che viaggia per conto proprio, corsia singola, posto unico: Pecco Bagnaia. Non il pupillo di Valentino Rossi, non il campione del mondo che deve dimostrare il proprio valore a ogni curva. - PAGINA 32



PANZETTA Officine - Torino www.panzettasrl.com



il Giornale



DAL 1974 CONTRO IL CORO



LUNEDÌ 27 MARZO 2023

DIRETTO DA AUGUSTO MINZOLINI

Anno XLIII - Numero 13 - 1.50 euro*

www.ilgiornale.it

DENUNCIA DELLA GUARDIA COSTIERA

Le Ong ostacolano i soccorsi

I militari: «Con le loro continue chiamate intralciano i salvataggi dei migranti». Si muove la Procura. E intanto non si fermano gli arrivi

UN'EMERGENZA CHE RIGUARDA TUTTI

di **Vittorio Macioce**

Le frontiere sono un'illusione, segni un confine e pensi di sentirti più sicuro, poi scopri che il mondo è troppo piccolo e turbolento e disordinato perché si stia tutti fermi. C'è sempre qualcuno che parte per scappare da qualcosa e cercare un approdo che spesso è un'altra fregatura. È che quando sei disperato non ti resta che sperare in un'altra vita, sempre che sopravvivi, perché il viaggio in questo caso è una roulette russa con il mare, con il deserto, con la tua paura e con quella degli altri, con gli imponderabili incroci di umanità che non si riconosce, con quello che sei e come ti vedono, vittima o carnefice, povero cristo o minaccia. Non sembra che ci sia una formula per dare una risposta a tutto questo. È lo scenario delle migrazioni di masse senza quiete. Forse è così da sempre, forse adesso è più frenetico e i numeri sono quelli della globalizzazione, dove ogni cosa viene elevata al quadrato, al cubo, a *n più uno*. L'Europa si sente crocevia dell'esodo e ogni Stato ha chiesto all'altro di fare qualcosa, lamentandosi, accusandosi, ognuno con la convinzione di aver già fatto troppo e che in fondo non ci possa essere una risposta comune.

Il Mediterraneo, mare nostro, è la sponda della morte e della speranza. L'Italia è terra di approdo e di passaggio. Non ci si arriva chiedendo permesso, perché chi gestisce i viaggi è fuorilegge. È da lì che arriva il guadagno. È il proflitto del malaffare: illegalità, rischio e disperazione. L'immigrazione clandestina, anno dopo anno, per tanti anni, è stata al centro della scena politica, generando miliardi di parole, che sono diventate identità, bandiera, scontro ideologico, flusso di voti, senza che nessuno sapesse davvero come uscire dalla propria bolla. Quella che veniva sentita come emergenza è ormai scontata, fino a quando il disordine del mondo non dà un'altra scossa, pandemia, guerre, carestie, e allora i numeri sobbalzano e se adesso li conti dicono che gli sbarchi sono quasi tremila e trecento in due giorni. C'è un'emergenza più emergenza e ti chiedi se prima o poi la discussione politica avrà una svolta. Se si esce dal gioco delle due bandiere: migranti sì, migranti no. Il fenomeno della grande immigrazione finora è stato trattato come calamità di consenso e questione con la quale definirsi. È come se fossero le tessere di due club alternativi. Da che parte stai? Con chi stai? Ong o Guardia costiera? La tragedia di Cutro ha aperto un nuovo fronte: di chi è la colpa? Si è arrivati a evocare, puntando l'indice, la strage di Stato. Il flusso nel Mediterraneo è un'emergenza nazionale ma non cambia nulla. I due partiti contrapposti non hanno alcuna intenzione di sedersi e dare una risposta a un fenomeno troppo grande da affrontare. È più facile parlarci sopra. L'importante è fare chiasso e smuovere il pubblico, rumore e ancora rumore, come le onde del mare. Poi tutto passa, tutto viene digerito, gli sbarchi seguono gli sbarchi e i morti restano croci senza nome.

Fausto Biloslavo

Le Ong intralciano le operazioni della Guardia costiera e continuano a fare quello che vogliono in mezzo al mare: è quanto denuncia la stessa Guardia Costiera.

con **Greco** e **Raffa** alle pagine 2-3

IL GENERALE CARLO JEAN

«Il traffico di uomini spinto dalla Wagner»

Bracalini a pagina 2

INFLUENCER PRO SBARCHI

C'è una flotta di vip che tifa per l'invasione

Boezi a pagina 2

LA REGISTRAZIONE DEI BIMBI DELLE COPPIE GAY

Figli arcobaleno, nasce l'asse dei sindaci

Le amministrazioni rosse si muovono contro la direttiva Piantedosi. Ma così è una Babele

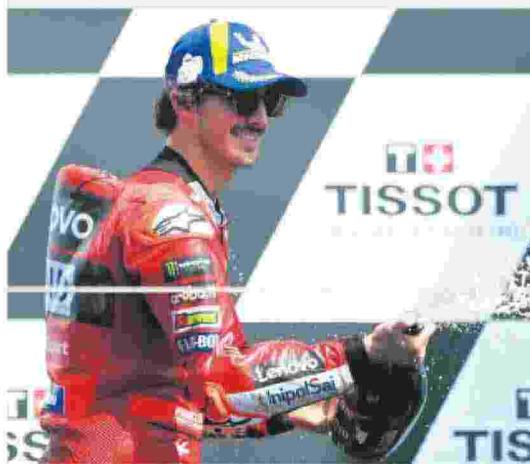
WEEKEND DI VITTORIE PER IL PILOTA AZZURRO

Bagnaia è sempre il numero uno

Un rombo tutto italiano in MotoGP

Benny Casadei Lucchi

con **Guidotti** e **Saragoni** a pagina 28



DOPPIETTA Pecco Bagnaia ha vinto la sprint race di sabato e la gara di ieri

Domenico Di Sanzo

Sulla registrazione dei figli delle coppie gay, i sindaci delle amministrazioni rosse continuano a muoversi contro la direttiva del ministro Piantedosi.

a pagina 4

LA TROVATA DELLA SCHLEIN

Quell'inutile governo ombra

Marco Gervasoni

a pagina 5

TENSIONE IN UCRAINA

Putin sfida ancora l'Occidente

Nato in allerta, Usa più cauti

«Ha superato tutte le linee rosse con l'invio di armi a Kiev». L'Occidente resta la vera ossessione di Vladimir Putin nel conflitto ucraino.

Cesare, Mauri e Sacchi alle pagine 10-11

COSA PUÒ SUCCEEDERE

I quattro scenari dell'escalation

Gian Micalessin

alle pagine 10-11

all'interno

MORTO A 77 ANNI

Marescotti, l'attore che salì sul palco per puro caso

Sforza a pagina 24

PAESE SPACCATO

Caos in Libano

Due fusi orari per ingraziarsi gli islamici

Clausi a pagina 13

GLI INSOPPORTABILI

Andrea Agnelli, il padre (non) padrone della Juve

Mascheroni a pagina 16

IN ITALIA, FATTE SALVE ECCEZIONI TERRITORIALI (VEDI GERENZA) PRESENTI IN ABBIGLIAMENTO DI ALTA QUALITÀ. IL PREZZO CON IVA INCLUSA È DI 12,90 EURO.

CONTROCORRENTE

Così lo sport fa bene alla solidarietà

Antonio Ruzzo

Le competizioni solidali raccolgono fino a un milione all'anno e aiutano le associazioni benefiche e di ricerca. Il Papa: «Gli atleti hanno compiti sociali».

alle pagine 19-20-21



SPADA
ROMA
NEW COLLECTION

www.spadaroma.com

185066

LOGIN:

LUNEDÌ
27 MARZO 2023

CORRIERE DELLA SERA

LOGIN.CORRIERE.IT

ANNO 2 N. 2



«Clima, salute, tecnologie: come cittadini siamo chiamati sempre più a prendere decisioni che hanno a che fare con la scienza. Ed è qui che entra in gioco la divulgazione: ci permette di compiere scelte informate e consapevoli»

Barbara Galavotti
divulgatrice

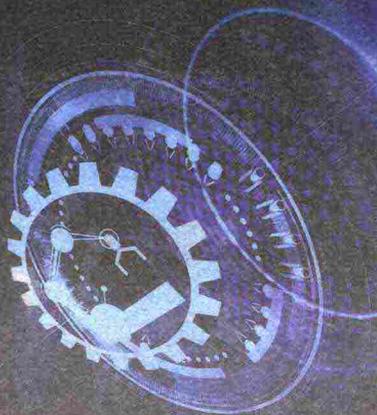
LA SCIENZA DI TUTTI

Visual a cura di **VINCENZO PROGIDA**



BOLOGNAFIERE
29/31 MARZO 2023
VENTUNESIMA edizione

IL FUTURO È GIÀ REALTÀ



I SALONI DELLA FIERA MECSPE

ADDITIVE MANUFACTURING / AUTOMAZIONE E ROBOTICA / CONTROLLO E QUALITÀ / EUROSTAMPI - MACCHINE E SUBFORNITURA PLASTICA, GOMMA E COMPOSITI / FABBRICA DIGITALE / LOGISTICA / MACCHINE E UTENSILI / MACCHINE, MATERIALI E LAVORAZIONI DELLA LAMIERA / MATERIALI NON FERROSI E LEGHE / POWER DRIVE / SUBFORNITURA MECCANICA / TRATTAMENTI E FINITURE

I NUMERI DEL 2023

39.348* VISITATORI *dal 29/03/23 al 31/03/23	12 SALONI PARALLELI	92.000 m² IN SALONI ESPOSITIVI	2.000 AZIENDE ESPOSITRICE	30 INIZIATIVE SPECIALI	2.000 m² IN AREA SALONI MECSPE
---	----------------------------------	---	--	-------------------------------------	---

Progetto e direzione
senaf

In collaborazione con
tecniche nuove
Bologna Fiere

Seguici su
www.mecspe.com

In collaborazione con
ELETTRONICATRELLA



INGRESSO GRATUITO
PREVIA REGISTRAZIONE SU
www.mecspe.com/coreco

185066