



## Rassegna Stampa 28 agosto 2023

A cura della dott.ssa Maria Grazia Elfio  
Ufficio Stampa e Comunicazione  
[ufficiostampa@villasofia.it](mailto:ufficiostampa@villasofia.it)

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## 25 anni di "clinical governance". E ora è tempo di implementarla anche in Italia

***Bisogna pensare a mobilitare e utilizzare al meglio le conoscenze alla base del miglioramento di qualità ed appropriatezza (linee guida, best practice ...) nelle reti assistenziali. Passare alla fase dell'implementazione ha un impatto anche sulle attuali regole di "governance" complessiva del nostro sistema sanitario perché l'approccio lineare, nato in condizioni di relativa semplicità organizzativa, appare oggi inadeguato***

Risale al 1998 la storica definizione di Scally e Donaldson con cui formalizzavano un sistema attraverso cui le organizzazioni del NHS inglese fossero responsabili di migliorare continuamente la qualità e garantire elevati standard di assistenza ("*clinical excellence*"), grazie alla creazione di un ambiente organizzativo ("*operational excellence*") nel quale l'eccellenza dell'assistenza clinica potesse prosperare (Scally, 1998).

Quanto sopra sanciva il passaggio da una regolamentazione con leggi, regolamenti, top-down, tipico di un approccio di "*government*" all'autoregolamentazione su obiettivi di salute della popolazione da parte dei professionisti sanitari, ovvero, un approccio alla "*governance*".

La "*clinical governance*" ha dimostrato di essere sistema *evergreen*, che si è diffuso anche in contesti sanitari differenti da quello inglese e che non a caso durante il Covid ha ripreso vigore, come abbiamo dimostrato in un'analisi scintometrica appena pubblicata (Adduci, 2023).

### La "*clinical governance*" in Italia.

In Italia la "*clinical governance*" è stata vista come un segnale di cambiamento culturale dell'intero sistema, attraverso cui garantire lo sviluppo di quegli strumenti necessari alle organizzazioni per erogare un'assistenza sostenibile, centrata sul paziente e di qualità, i cui attori fossero responsabilizzati, "*accountable*", appunto.

Segnale culturale e strumento di concreto cambiamento non solo tra clinici e manager illuminati, perché il nostro Sistema sanitario lo ha fatto proprio in alcuni passaggi normativi determinanti:

- Il D. M. 70/2015, che prescrive che le strutture ospedaliere, per essere accreditate, debbano "*promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico*", traduzione inesatta e culturalmente fuorviante di "*clinical governance*". Sempre nel D. M. 70/15, si prevede anche che le strutture ospedaliere, a partire da quelle di primo livello, debbano dimostrare una "*documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di: [...] Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici; [...] valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche; misurazione della performance clinica e degli esiti; audit clinico [...]*",
- Percorsi Clinico Assistenziali (PCA/PDTA). Strumenti che sono anche il collante organizzativo delle Reti Assistenziali, rilanciate dallo stesso D. M. 70/15.
- La L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016) ha disposto che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie si debbano dotare di "*percorsi di audit o altre metodologie finalizzati*

*allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti; [...] rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici [...]*".

- E, infine, all'organizzazione delle cure secondo un approccio di tipo "*clinical governance*" si richiama indirettamente la Legge Bianco-Gelli n. 24/2017 sulla responsabilità medica, che tutela in sede di giudizio l'operatore sanitario che avrà dimostrato di aver rispettato le Linee Guida o le buone pratiche assistenziali. Quindi, utilizzando lo strumento cardine della "*clinical governance*", i Percorsi Clinico Assistenziali.

## **Le esperienze regionali.**

In Italia abbiamo anche esperienze regionali di rilievo sul tema, quale, tra le altre, quella della Regione Marche, che nel suo PSR del 2000 poneva con rilievo il ruolo delle politiche della qualità indicando alcuni obiettivi strategici del SSR in:

- La trasparenza del sistema sanitario nei confronti dei cittadini e dei pazienti e le azioni per promuoverne i diritti;
- Le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti;
- Le buone pratiche organizzative;
- La garanzia di una sanità sicura.

## **Le Raccomandazioni SIQUAS e ASIQUAS sulla "*clinical governance*".**

Come SIQUAS VRQ prima e poi come ASIQUAS abbiamo prodotto per primi in Italia Raccomandazioni scientifiche su temi topici delle "*clinical governance*" quali:

- Raccomandazione sugli Indicatori e gli Standard (2006);
- Raccomandazione sulla Sicurezza delle cure (2006)
- Raccomandazione sul Rischio Clinico (2007);
- Raccomandazione sui Percorsi Clinico Assistenziali (2007);
- Raccomandazione sugli Audit Clinici (2013);

e infine una Position paper "*Alla ricerca della buona qualità*" nel 2007, più nota come "*Carta di Portonovo*", tutte pertinenti la messa a punto di uno strumentario per la "*clinical governance*".

## **La survey ASIQUAS "*Covid19: ieri, oggi e domani*"**

Nel nostro piccolo, abbiamo provato a tratteggiare lo stato dell'arte dell'impatto della "*clinical governance*" in Italia. ASIQUAS ha infatti presentato al suo Congresso 2021 i risultati della Survey "*Covid 19: ieri, oggi e domani*".

Hanno risposto 73 aziende sanitarie: a fronte della leva motivazionale e di una certa padronanza dei metodi di "*clinical excellence*", fosse carente l'humus di "*operational excellence*" che permette il sistematico perseguimento del miglioramento continuo della qualità.

Come dire, sappiamo quale è la cassetta degli attrezzi, che proprio ASIQUAS ha contribuito negli anni ad uniformare e a diffondere nel nostro Paese: metodologia su percorsi assistenziali, audit clinico-organizzativo, benchmarking, ma non la usiamo per mantenere il sistema (de Belvis, 2022).

Più recentemente, a cavallo tra il 2022 e il 2023, il "*Gov □ Value Lab*" dell'Università Cattolica ha voluto indagare come le Aziende sanitarie aderenti a FIASO si fossero dotate concretamente di strumenti di "*clinical governance*".

Per uniformare la prospettiva di analisi, abbiamo fatto riferimento al percorso tumore al colon, uno dei più diffusi in Italia. Un risultato, per tutti: le 38 aziende partecipanti alla survey erano tutte dotate di una struttura/unità dedicata alla realizzazione di audit clinico-organizzativi, ma soltanto poco più della metà ne aveva in concreto effettuato uno. E in media solo un audit nell'anno!

Ancora una volta, le aziende del SSN – applicando le indicazioni delle rispettive regioni - si mostrano dotate di funzioni organizzative finalizzate alla *Clinical* e all'"operational excellence", ma attorno ad esse non esiste un *sistema* di miglioramento continuo di qualità.

- 
- **La sperimentazione di desk direzionali per la "clinical governance"**
- Per altro creare "cruscotti direzionali" per supportare la "clinical governance" è possibile anche con strumentazioni leggere e autogestite dagli operatori sanitari.
- Un team di ricerca ASIQUAS per conto della LUISS Business School di Roma dal 2013 al 2018 ha prototipato e implementato il cruscotto direzionale "TAGO, Tableau per la clinical governance", nell'Azienda Ospedaliera "Brotzu" di Cagliari e poi usato in altre 22 aziende sanitarie italiane.
- Questo tipo di cruscotto dimostra che è possibile rilevare dati "qualitativi", generati dagli operatori sanitari in un approccio di "autovalutazione" e tradurli in dati "quantitativi" al fine di creare un cruscotto direzionale per individuare i punti di forza e di debolezza di una gestione aziendale allineando il livello di "qualità diffusa" nelle UUOO a supporto della implementazione dei PCA/PDTA e delle reti cliniche e, quindi, garantendo la gestione della "clinical governance" in azienda.
- Inoltre collegando gli indicatori del desk direzionale "TAGO" con gli obiettivi del budgeting aziendale si possono legare insieme gestione clinica e gestione economico finanziaria.

## Che fare?

Quella che vogliamo far emergere, in linea con altre riflessioni di ASIQUAS già ospitate da "Quotidiano Sanità" è, prima di tutto, la necessità di un salto di qualità ... nell'implementazione.

Relativamente alla "clinical governance", si tratta - più che concentrarsi sulle evidenze da impiegare - di costruire "sistemi di utilizzo" delle evidenze.

In altre parole, bisogna pensare a mobilitare e utilizzare al meglio le conoscenze alla base del miglioramento di qualità ed appropriatezza (linee guida, best practice ...) nelle reti assistenziali.

Passare alla fase dell'implementazione ha un impatto anche sulle attuali regole di "governance" complessiva del nostro sistema sanitario perché l'approccio lineare, nato in condizioni di relativa semplicità organizzativa, appare oggi inadeguato.

Esso necessita di gestione dell'alta complessità, fatta di regole e strategie organizzative nuove, idonee a far funzionare reti assistenziali a più componenti, non gerarchizzate, altamente integrate e differenziate, legate da numerose relazioni, ripetiamo, prevalentemente non lineari.

In linea con ASIQUAS riteniamo che il collante non possa che essere un'assistenza centrata sulla persona, basata sulle evidenze: perseguire dopo 25 anni le logiche della "clinical governance" vuol dire, pertanto, consolidare, codificare e unire le isole dei frammentati e poco chiari tentativi al miglioramento della qualità dell'assistenza in ponti tra approcci clinici ed organizzativi.

Questo avviene attraverso la scienza dell'implementazione, proprio per sviluppare e valutare metodi per ridurre il divario tra ricerca e pratica della promozione della qualità.

Il contributo da ASIQUAS per il venticinquennale della "clinical governance" è mettere a disposizione strumenti praticabili e sostenibili per la sua implementazione, a favore degli operatori del nostro sistema sanitario, a cominciare da quelli coinvolti in prima linea nel miglioramento continuo della qualità.

### **Silvia Scelsi**

Presidente Nazionale ASIQUAS, Istituto "Gaslini", Genova.

### **Caterina Elisabetta Amoddeo**

Vicepresidente Nazionale ASIQUAS, già DS AO "San Camillo", Roma.

**Giorgio Banchieri**

Segretario Nazionale ASIQUAS, Docente Dipartimento DISSE, Università "Sapienza", Roma.

**Antonio Giulio De Belvis**

Direttore Comitato Scientifico ASIQUAS, "Gov□ Value Lab", Università Cattolica "Del Sacro Cuore", Roma

**Riferimenti**

- Scally G, Donaldson LJ. "Clinical Governance and the drive for Quality improvement in the new NHS in England". British Medical Journal 1998; 317:61.
- Adduci A, Perilli A, Durante F, de Mattia E, Ricciardi W, de Belvis AG. *Clinical governance: An in-depth scientometric analysis. International Journal of Healthcare Management*, 2023 May:1-15.
- Amoddeo E.C., Banchieri G, Cazzetta M., Carusi D. Dandi R., Ronchetti M, Scelsi S. "Assessment organizzativo e PDTA: il caso della Azienda Sanitaria "G. Brotzu" di Cagliari", COM SRL Editore, Roma 2018;
- de Belvis AG, Lonoce N, Banchieri G, Scelsi S, Amoddeo CE, Raco M, De Mattia E, Di Stanislao F. *COVID-19: yesterday, today and tomorrow. The quality of COVID-19 management and the evaluation of the "Health" chapter of the Recovery Plan. J Prev Med Hyg* 2022; 63: E391-E398.

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Covid. Foce: "Negli ospedali siano isolati i positivi, ma manca una norma precisa. Subito un provvedimento per evitare il collasso delle strutture"

***La richiesta della Federazione degli Oncologi, Cardiologi e Ematologi per mettere in sicurezza i più fragili: "Vanno tutelate le persone più vulnerabili ricoverate o seguite nei nosocomi, che sono già sotto pressione per mancanza di personale, posti letto e risorse"***

"L'abolizione dell'obbligo di isolamento domiciliare per i cittadini positivi al Covid, stabilito dal Decreto Legge n.105 del 10 agosto 2023, non deve porre in secondo piano la necessità di tutelare i pazienti più fragili ricoverati o seguiti negli ospedali, in particolare quelli colpiti da tumori solidi e del sangue, da patologie cardiovascolari e da altre gravi malattie. La norma citata, infatti, non contiene nessuna indicazione sull'individuazione e sull'isolamento dei pazienti positivi all'interno dei nosocomi. Si tratta di una lacuna molto grave, chiediamo al Ministro Schillaci di intervenire quanto prima con un analogo provvedimento". È quanto afferma **Francesco Cognetti**, Presidente FOCE (Federazione degli Oncologi, Cardiologi e Ematologi), che esprime preoccupazione per la mancata previsione dell'isolamento dei pazienti colpiti da Covid negli ospedali. "Queste strutture sono frequentate da persone vulnerabili, che devono essere protette – spiega il Prof. Cognetti -. Non dimentichiamo che il Covid continua a essere una malattia che, quando colpisce i fragili, può portare anche alla morte e l'isolamento dei positivi preserva dal contagio delle persone vulnerabili. In molti ospedali, ormai, non vengono più effettuati di routine i tamponi ai pazienti, ai sanitari e ai famigliari che li frequentano. Vanno pertanto definite norme sull'esecuzione dei tamponi e sulla loro frequenza, al fine di isolare e monitorare i positivi ed adeguare l'organizzazione dei reparti in caso di progressivo aumento dei contagiati".

In Italia si assiste, nelle ultime settimane, ad un incremento dei contagi e, in altri Paesi, anche dei ricoveri ospedalieri, dovuti a nuove varianti ipermutate, e ci si interroga su come affrontare una eventuale nuova ondata, per la diminuzione dei test di massa da parte dei cittadini ed il ridimensionamento della capacità di sorveglianza e di tracciamento delle varianti. Una situazione analoga potrebbe realizzarsi in Italia.

Nella settimana dal 17 al 23 agosto infatti, nel nostro Paese, sono stati registrati 11.606 nuovi casi di Covid, con un incremento del 96% rispetto alla settimana precedente (10-16 agosto). Anche il tasso di positività è aumentato di circa il 40%.

L'abolizione dell'isolamento domiciliare obbligatorio per i positivi allinea l'Italia a numerosi altri Paesi europei (Francia, Spagna, Olanda, Belgio e Portogallo), che hanno stabilito simili indicazioni. "Si tratta di una decisione condivisibile, anche alla luce della disponibilità di vaccini e farmaci, ma va considerata la situazione degli ospedali del nostro Paese, che sono già oggi sotto pressione per mancanza di personale, posti letto e risorse e per scelte politiche sbagliate, che hanno progressivamente depotenziato la sanità negli ultimi 10 anni – spiega **Pasquale Perrone Filardi**, Presidente SIC (Società Italiana di Cardiologia) -. Un eventuale incremento di casi Covid rischia di portare i nosocomi al collasso". La

fragilità del sistema complessivo è testimoniata dal tasso di mortalità fra i contagiati dal virus, che è stato particolarmente elevato nel nostro Paese. “Ogni settimana, attualmente in Italia, circa 50-60 persone ancora muoiono per le conseguenze dell’infezione – sottolinea **Paolo Corradini**, Presidente SIE (Società Italiana di Ematologia) -. Il livello del contagio, di recente, è in aumento ed il dato è da ritenersi sottostimato per il più basso numero di tamponi effettuati rispetto a mesi fa. Per creare una ‘gabbia’ di protezione intorno al paziente, è fondamentale, inoltre, vaccinare con cadenza semestrale i fragili e tutti gli over 60 contro il Covid, ma anche contro l’influenza e lo pneumococco. L’immunizzazione deve riguardare non solo i malati, ma anche i familiari, i caregiver e tutti gli operatori sanitari. E i cittadini positivi al Covid non devono assolutamente entrare in contatto con i fragili e frequentare gli ospedali”.

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Dalle promesse di nuovi fondi ai possibili nuovi tagli, è partita la corsa in vista della Legge di Bilancio e la sanità è già sull'ottovolante

***Tra richieste, promesse, retromarce, silenzi, annunci, nuovi tagli e riforme ancora non realizzate la sanità in questo mese di agosto è già in fibrillazione in vista della Manovra con lo spettro che di restare a mani vuote anche a questo giro.***

Un agosto sull'ottovolante per quanto riguarda le risorse per la sanità in vista della prossima Legge di Bilancio. Prima della pausa il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** aveva chiesto altri 4 miliardi di euro per il 2024 (in aggiunta ai 2,3 mld di aumento già previsti dalla scorsa manovra). Sul punto si era incontrato anche con il suo collega del Mef **Giancarlo Giorgetti** e da quel confronto era emerso che 2,5-3 miliardi si potevano trovare.

Poi però la gelata di Giorgetti al meeting di CL a Rimini: "Non si potrà fare tutto". Una frase non direttamente rivolta alla sanità, ma tenuto conto che il comparto non è tra gli obiettivi prioritari del Governo (come lo è la conferma del taglio del cuneo fiscale ad esempio) e delle poche risorse a disposizione a causa di un pil che crescerà meno delle previsioni tutto il settore è andato (a ragione) in fibrillazione.

Il Ministro Schillaci che, come ogni titolare della Salute, cerca di tenere le carte coperte in vista della Manovra, ha cercato di metterci una pezza: "Con la prossima legge di bilancio puntiamo a risorse aggiuntive al Fondo, che intendo destinare prioritariamente al personale sanitario. Abbiamo già adottato incentivi partendo dal settore dell'emergenza urgenza e approvato norme che impediscono il ricorso ai medici a gettone. Ora lavoriamo a misure per potenziare gli organici".

"Siamo impegnati in una strategia di medio-lungo termine – ha chiarito il Ministro -. Gli interventi tampone o il semplice aumento di fondi non hanno mai portato, nei fatti, a garantire la salute a tutti. Serve ripensare a una medicina pubblica più vicina alle persone e più innovativa. A questo stiamo lavorando, insieme a regioni, associazioni e parti sociali che da subito hanno condiviso un dialogo costruttivo e propositivo, e continueremo a impegnarci per il bene del Servizio sanitario nazionale e di tutti noi".

Ma a gelare le attese sono emersi alcuni retroscena che parlavano di una nuova spending review (nuovi tagli), tra cui ad esempio una nuova razionalizzazione (riduzione) dei posti letto e nuovi tentativi sull'appropriatezza delle cure.

Vedremo, ma è certa una cosa: la sanità tra i vari comparti pubblici oltre ad essere sottofinanziata da anni ha un sistema di controlli estremamente avanzato (tra l'altro con una burocrazia pesantissima) rispetto a molti altri settori pubblici. Basti pensare ai vari tetti di spesa (personale, privato, farmaci, dispositivi medici ad esempio). Certo tutto è perfettibile ma è veramente ambizioso pensare di trovare qualcosa nel fondo di un barile già raschiato a fondo negli ultimi 15 anni senza correre il rischio di limitare ancora di più i servizi ai cittadini.

E poi, forse è passato in secondo piano, che [molti risparmi sono già previsti dallo stesso Pnrr](#) dove dal 2027 per mantenerlo si punta a risparmiare 134 mln dalla riduzione dei ricoveri ospedalieri per i pazienti cronici. In seconda battuta l'obiettivo è di ridurre l'accesso inappropriato al Pronto soccorso riducendo del 90% i codici bianchi e del 60% i codici verdi per un risparmio potenziale di 719 mln di euro. In terza battuta si spera di ricavare 329 mln da un uso più appropriato di farmaci cardiovascolari, antibiotici e gastrointestinali.

Di previsioni di risparmio quindi, già ve ne sono e forse sarebbe il caso di concretizzare tutte le energie proprio sul Pnrr la cui messa a terra è ancora in alto mare: sulla carta va tutto bene ma a livello pratico è ancora una chimera.

Insomma, anche per la sanità l'autunno si annuncia caldo nella consapevolezza dei molti ostacoli da affrontare che senza nuovi fondi rischiano di diventare insuperabili.

***Luciano Fassari***

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Dengue. Due casi non correlati a viaggi. Monitoraggio costante ministero della Salute-Iss

***I casi sono stati segnalati dalla Regione Lombardia e dalla Regione Lazio. Si tratta di due casi confermati di Dengue non correlati a viaggi in zone endemiche per l'infezione. I due pazienti sono in via di guarigione e sono state attivate tutte le procedure per la profilassi e la disinfestazione dei luoghi coinvolti. Nella giornata di ieri, poi, si è segnalato un nuovo caso importato di Dengue a Bologna in un giovane di ritorno da Panama.***

In data 18 e 20 agosto 2023 sono stati segnalati, rispettivamente, dalla Regione Lombardia e dalla Regione Lazio, due casi confermati di Dengue non correlati a viaggi in zone endemiche per l'infezione. I due pazienti sono in via di guarigione e sono state attivate tutte le procedure per la profilassi e la disinfestazione dei luoghi coinvolti.

Per entrambi i casi il Centro Nazionale Sangue e il Centro Nazionale Trapianti hanno attivato tutti i provvedimenti necessari per la prevenzione della trasmissione da donazione di sangue ed emocomponenti da donatori potenzialmente viremici asintomatici e le Regioni hanno avviato le misure di monitoraggio e controllo dei vettori nei luoghi frequentati dai casi, come previsto dal Piano Nazionale per la Sorveglianza Prevenzione e Risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025, attivo su tutto il territorio italiano.

Proseguono le indagini epidemiologiche ed entomologiche per verificare luoghi di esposizione e le eventuali catene di trasmissione.

Il Ministero della Salute, con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità, così come da PNA, sta monitorando la situazione su tutto il territorio nazionale.

I due casi sono stati segnalati all'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control).

Questo evento si inserisce nel contesto europeo nel quale il virus Dengue è trasmesso tramite la zanzara *Aedes albopictus*, stabilmente presente ormai in gran parte dell'Europa. Casi autoctoni sono stati identificati recentemente in Francia.

Nella giornata di ieri, poi, si è segnalato un nuovo caso importato di Dengue a Bologna in un giovane di ritorno da Panama. Il Comune si sta occupando della disinfestazione delle aree limitrofe all'abitazione del cittadino.

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Farmaci. Ema avvia revisione dei dati su esposizione paterna a valproato. Sotto la lente rischio disturbi sviluppo neurologico

***La revisione si concentra sui dati di uno studio osservazionale retrospettivo condotto dalle aziende come obbligo a seguito di una precedente revisione dell'uso di valproato durante la gravidanza.***

Il Comitato per la Valutazione dei Rischi in Farmacovigilanza (PRAC) dell' Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) sta esaminando i dati sul potenziale rischio di disturbi dello sviluppo neurologico (NDD) nei bambini concepiti da padri che assumono medicinali a base di valproato. La revisione si concentra sui dati di uno studio osservazionale retrospettivo condotto dalle aziende come obbligo a seguito di una precedente revisione dell'uso di valproato durante la gravidanza.

Questo studio osservazionale retrospettivo ha confrontato il rischio di NDD (compreso il disturbo dello spettro autistico) nei bambini nati da uomini che assumevano valproato con il rischio nei bambini nati da uomini che assumevano lamotrigina o levetiracetam (altri trattamenti per l'epilessia). È stato effettuato utilizzando più database di registri in Danimarca, Norvegia e Svezia. I risultati iniziali dello studio potrebbero indicare un aumento del rischio di NDD nei bambini nati da uomini che assumevano valproato nei tre mesi prima del concepimento. Tuttavia, il PRAC ha identificato limiti importanti con i dati dello studio. In particolare, il PRAC ha richiesto approfondimenti sulla definizione di NDD utilizzata nello studio e sul tipo specifico di epilessia per il quali i pazienti venivano trattati. Quest'ultimo dato è importante perché il valproato può essere prescritto più spesso per alcuni tipi di epilessia di cui è già nota l'associazione con NDD.

Inoltre, dopo aver presentato i risultati dello studio, le aziende hanno informato il PRAC di errori presenti nel database norvegese; l'impatto di questi errori non è ancora noto. Il PRAC ha pertanto richiesto alle aziende di fornire l'analisi dei dati corretti e le informazioni aggiuntive il prima possibile per valutare la robustezza di tali evidenze. Il PRAC esaminerà i dati richiesti non appena saranno disponibili e formulerà una raccomandazione a livello europeo. In attesa dell'esito della valutazione del PRAC, alcuni Stati Membri hanno adottato delle raccomandazioni nazionali provvisorie. I pazienti di sesso maschile in trattamento con valproato non devono interrompere l'assunzione del medicinale senza parlarne con il medico, poiché l'epilessia o il disturbo bipolare potrebbero peggiorare. L'interruzione improvvisa del trattamento per l'epilessia potrebbe esporre i pazienti epilettici alla ricorrenza delle convulsioni. I pazienti che hanno domande sul loro trattamento devono parlarne con il proprio medico. Rimangono in vigore le precedenti raccomandazioni volte ad evitare l'esposizione ai medicinali a base di valproato nelle donne durante la gravidanza a causa del rischio di malformazioni congenite (difetti alla nascita) e disturbi dello sviluppo neurologico.

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## I diritti e il Codice deontologico dei medici

*Gentile Direttore,*

Marco Cappato, difensore radicale dei diritti della persona, si candida a Monza per il seggio senatoriale che fu di Berlusconi che il Monza calcistico aveva portato in serie A. Una sfida impari ma che pone un problema serio: quale spazio oggi in Italia per la difesa dei diritti?

Di diritti si parla più volentieri quando non vi sono grandi problemi economici- e questa non è la situazione del nostro paese- tuttavia il fatto è che il linguaggio della politica dominante è cambiato.

Il Codice Deontologico ha bisogno di ammodernamento ma ancor più di norme innovative rispetto a alcune questioni che investono il comportamento dei medici. Proprio su queste il perimetro linguistico (politico? sociale?) sta modificandosi.

Un esempio è la cosiddetta “gravidanza per altri”, la GPA, questione meno pressante sul piano deontologico perché il medico non può che rispettare la decisione procreativa, spiegando i possibili rischi per la donna e per il nascituro. Ma una donna isterectomizzata che ha criocongelato i propri ovuli e vorrebbe praticare una PMA con il partner fecondo potrebbe voler ricorrere a una gravidanza samaritana.

Il problema è di conciliare la deontologia del rispetto della decisione procreativa – “i valori, i diritti e l’autonomia della persona” richiamati nel Giuramento- con la istituzione della figura penale di “reato universale” che si discute in Parlamento. Eppure chi sostiene la possibilità di usare di questo mezzo, la GPA, vuole una legge, non l’anarchia procreativa, proteggere il nato che ormai esiste e che non è un mero corpo del reato.

Ugualmente è difficile affrontare il tema dei migranti. Di fronte alle immani tragedie del mare e nell’accoglienza, il Codice Deontologico già proibisce ogni discriminazione tra esseri umani, e di questo si tratta. Ma i soprusi e le sofferenze a quale “autorità competente” dovrebbero essere denunciati dal medico coinvolto in siffatte vicende, se la politica vuol difendere l’italica etnia e tenta di farlo con ogni mezzo?

L’unica grande questione etica che risente meno dell’articolazione ideologica della società mentre appare ancora legata a falsi miti politici è senz’altro il fine della vita. Finora i medici sentivano l’obbligo di prolungare la sopravvivenza a ogni costo, nonostante le sofferenze della persona; oggi, sempre più spesso, si rimprovera al medico l’uso di sofisticate tecnologie per prolungare una vita al più basso gradino della biologia e al più alto della sofferenza.

Qui si perviene alla radice della deontologia, cioè all’assioma etico da cui si propaga la concatenazione delle norme. Se si parte dal concetto di sacralità della vita il giudizio spetta al medico, che sa quali tecniche possono prolungare quell’area grigia in cui vive talora il morente, cessata ogni possibilità di cura; se si centra la relazione sulla qualità della vita allora unico giudice è la persona che di quella vita è l’assoluto disponente.

Altresì perché si vuol affidare l’atto eutanasi al medico e non ad altri soggetti? Credo perché la morte fa parte della vita e spetta al medico averne cura, nel senso di una buona morte, il meno sofferta

possibile.

La Federazione degli Ordini ha recepito la sentenza della Corte Costituzionale sul suicidio assistito non punendo la libera scelta del medico di assecondare la richiesta della persona che si trovi nelle condizioni individuate nel dispositivo. I tempi sono maturi per rimuovere l'equivoco tra omissione e commissione nell'atto suicidario oppure eutanasi.

Se il Codice Deontologico dei Medici deve essere improntato al riconoscimento, fondante la prassi del curare e del prendersi cura, della relazione tra medico e persona, la cui norma giuridica è il consenso informato, allora la responsabilità del medico, frutto di libera adesione, è tale da non poter abbandonare il paziente ad altri, i parenti, gli amici, il prete, quando il prendersi cura delle sofferenze è suo compito deontologico.

Nessuna norma etica sfugge al rispetto della dignità altrui come fondamento della giustizia. L'articolo 2 della Costituzione afferma che "la Repubblica riconosce i diritti inviolabili dell'uomo" perché considera validi e operanti i diritti che esistono prima di qualsivoglia documento: la deontologia non può che assumerli come guida. Il diritto a una morte secondo il proprio convincimento, la meno sofferta possibile, fa parte di quel "diritto alla libertà e al perseguimento della felicità" annunciato fin dalla Dichiarazione di Indipendenza Americana.

***Antonio Panti***

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Il Ministero della Salute dovrà risparmiare 14,3 milioni nel triennio 2024-2026

**Publicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 agosto 2023 il Dpcm con la definizione degli obiettivi di spesa 2024-2026 per ciascun Ministero (in totale 1,5 mld). Per il Ministero della Salute si prospetta un risparmiare di 14,3 milioni nel triennio 2024-2026. [IL TESTO](#)**

“Ai fini della definizione della manovra di finanza pubblica per gli anni 2024-2026, in coerenza con gli obiettivi programmatici indicati nel documento di economia e finanza 2023 e di quanto previsto dal programma delle riforme indicato nel suddetto documento programmatico, i Ministeri, ai sensi dell'art. 22-bis della legge 31 dicembre 2009, n. 196, realizzano, rispetto alla previsione tendenziale a legislazione vigente, risparmi di spesa in termini di indebitamento netto pari a 300 milioni di euro per l'anno 2024, 500 milioni di euro per l'anno 2025 e 700 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026”. È quanto previsto dal Dpcm del 7 agosto 2023 appena pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

Per il Ministero della Salute il taglio è di 14,3 mln di euro (2,7 mln per il 2024 – 4,8 mln per il 2025 – 6,8 mln per il 2026). Da notare come questi tagli si sommino ai 32,8 mln già previsti per il 2023-2025.

Obiettivi di risparmio dei Ministeri in termini di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e importo massimo di risparmio in conto capitale (milioni di euro)

Descrizione Amministrazione Centrale	2024		2025		2026	
	Obiettivo di risparmio		Obiettivo di risparmio		Obiettivo di risparmio	
		di cui il massimo risparmio in conto capitale		di cui il massimo risparmio in conto capitale		di cui il massimo risparmio in conto capitale
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE	129,4	38,8	215,8	64,7	302,1	90,6
di cui Presidenza del consiglio dei Ministri	14,2	4,3	22,8	6,8	31,9	9,6
MINISTERO DELLE IMPRESE E DEL MADE IN ITALY	39,3	11,8	66,5	20,0	93,1	27,9
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI	3,4	1,0	6,0	1,8	8,4	2,5
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA	10,8	3,2	17,6	5,3	24,6	7,4
MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	7,9	2,4	13,2	4,0	18,5	5,6
MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	4,9	1,5	8,5	2,5	11,9	3,6
MINISTERO DELL'INTERNO	10,1	3,0	15,2	4,6	21,3	6,4
MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA SICUREZZA ENERGETICA	5,2	1,6	6,7	2,0	9,3	2,8
MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI	29,4	8,8	44,0	13,2	61,6	18,5
MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA	10,7	3,2	19,5	5,8	27,3	8,2
MINISTERO DELLA DIFESA	36,2	10,9	65,4	19,6	91,6	27,5
MINISTERO DELL'AGRICOLTURA, DELLA SOVRANITA' ALIMENTARE E DELLE FORESTE	3,2	1,0	5,1	1,5	7,2	2,2
MINISTERO DELLA CULTURA	6,0	1,8	10,5	3,1	14,7	4,4
MINISTERO DELLA SALUTE	2,7	0,8	4,8	1,5	6,8	2,0
MINISTERO DEL TURISMO	0,8	0,2	1,1	0,3	1,6	0,5
<b>Totale complessivo</b>	<b>300,0</b>	<b>90,0</b>	<b>500,0</b>	<b>150,0</b>	<b>700,0</b>	<b>210,0</b>

I totali possono non corrispondere alla somma delle componenti per gli arrotondamenti effettuati.

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Il populismo in sanità e la ricetta che non va seguita

***Una ricetta però che si sta sperimentando soprattutto nelle Marche, la Regione che il Presidente Meloni considera il suo laboratorio da quando nel settembre del 2020 il centrodestra ha preso il governo di questa Regione storica “roccaforte” della sinistra. Una ricetta pericolosa perché mascherata da un costante richiamo ad una sanità più pubblica***

C'è una grande e giustificata attenzione ai nefasti effetti sul nostro Servizio Sanitario Nazionale del neoliberalismo in sanità, quella “ricetta” che Noam Chomsky ha così descritto (citazione ripresa da [Gavino Maciocco](#)): “*Questa è la tecnica standard per la privatizzazione: tagli i fondi, assicurati che le cose non funzionino, fai arrabbiare la gente, e lo consegnerai al capitale privato*”. A questa ricetta si sta affiancando anche un'altra ricetta, quella populista. Una ricetta che si sta sperimentando soprattutto nelle Marche, la Regione che il Presidente Meloni considera il suo laboratorio da quando nel settembre del 2020 il centrodestra ha preso il governo di questa Regione storica “roccaforte” della sinistra. Una ricetta pericolosa perché mascherata da un costante richiamo ad una sanità più pubblica.

### Le caratteristiche del populismo in sanità

Per descrivere gli ingredienti di questa ricetta parto dai 5 elementi che secondo [Piergiorgio Corbetta](#) caratterizzano i movimenti populistici:

1. l'appello diretto al «popolo» (puro) contrapposto all'«istituzione» (corrotta) e la conseguente visione di un governo «del popolo, da parte del popolo e per il popolo» senza mediazioni istituzionali;
2. l'individuazione di un «nemico del popolo»;
3. l'esistenza di un leader carismatico fondatore del movimento e guida indiscussa;
4. uno stile di comunicazione aggressivo, caricaturale ed eccessivo, espressione della contrapposizione manichea fra «noi e loro»;
5. la semplificazione ingenua della complessità della politica.

Ovviamente questa rappresentazione del populismo (nata per analizzare il fenomeno del Movimento 5 Stelle) va adattata alla specificità della sanità, ma certamente funziona (specie nei punti 4 e 5) per interpretare quello che è successo nelle elezioni regionali delle Marche e che adesso si sta riflettendo sul governo della sanità da parte della Giunta di centrodestra che le ha vinte.

### Le elezioni regionali del 2020 nelle Marche: come il centrodestra si è giocato le sue carte per la sanità

Vediamo di partire dallo scenario che ha portato il centrosinistra a perdere le elezioni del 2020. In termini “oggettivi” la sanità marchigiana governata ininterrottamente dal 1995 dal centrosinistra si presentava con le carte “quasi” in regola. Infatti, a solo titolo di esempio:

- la Regione Marche con i dati del 2018 è stata considerata [la terza miglior Regione italiana benchmark](#) come rapporto tra risultati economici e sanitari;

- le Marche in base agli indicatori ministeriali della Griglia LEA è risultata nel 2019 la Regione con la [quinta migliore performance in sanità](#) e quindi con un buon livello quantitativo e qualitativo dei servizi sanitari erogati;
- in base ai dati del [Rapporto BES](#) (Benessere equo e sostenibile) dell'ISTAT le Marche continuano a figurare ai primi posti per gli indicatori di salute come la vita media (tra le più alte sia tra i maschi che tra le femmine), la mortalità infantile (tra le più basse) e la mortalità evitabile (pure tra le più basse);
- il privato pesa molto meno che nella media nazionale (13% contro il 17,4% secondo il [Rapporto OASI 2022](#) della Università Bocconi);
- ai tempi della spending review la Giunta aveva avuto il coraggio di fare scelte difficili e necessarie come la riconversione dei piccoli ospedali e la chiusura dei punti nascita sotto i 500 parti;
- con il Piano Socio-Sanitario 2020-2022 era stato avviato il percorso per un adeguamento al DM 70 grazie alla integrazione strutturale di alcuni ospedali vicini ognuno con un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I livello.

Certamente le questioni irrisolte erano tante, come ad esempio la scarsa attenzione per i servizi territoriali, in particolare quelli delle aree interne, ma il quadro complessivo era fatto più di luci che di ombre. Per capire come il centrodestra abbia fatto a vincere in una situazione come questa nonostante la sua evidente inadeguatezza rispetto al difficile governo della sanità dobbiamo ricordarci gli elementi che caratterizzano l'approccio populista: la sua capacità di andare incontro in termini di comunicazione alle aspettative dei cittadini, la sua abilità nel trovare nemici facili e "cattivi", la sua tendenza alla descrizione caricaturale delle posizioni avverse e la sua negazione della complessità.

Il punto di partenza della campagna elettorale sulla sanità del centrodestra populista nelle Marche è stata la consapevolezza che per la maggioranza dei cittadini (certamente questo vale per le Marche) i servizi fondamentali sono quelli ospedalieri. Il centrodestra si è dunque posto in esplicito contrasto con qualunque forma di razionalizzazione della rete ospedaliera e ha promesso una rete ospedaliera più diffusa. Questa la espressione contenuta nel suo programma a questo riguardo: "Maggiore equilibrio della rete ospedaliera, evitando concentrazioni e con una diffusione nel territorio, per soddisfare il bisogno di salute di tutti i cittadini in tutte le comunità in modo paritario, anche in termini di spesa pro-capite".

Su questa base il centrodestra ha scelto come "nemici" la scelta del centrosinistra di accorpare strutturalmente alcuni ospedali e i presunti danni fatti dalla Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) voluta nel 2003 dal centrosinistra. Ciò che accomunava queste due scelte del centrosinistra era il fatto che "allontanavano la sanità dal cittadino". La descrizione di questi due nemici è stata fatta in sede di programma elettorale senza alcuna analisi tecnica ed in termini semplicistici e macchiettistici. Gli ospedali integrati sono diventati gli "ospedali unici provinciali" (che nessuno aveva mai nominato) e l'ASUR è stata fatta passare per una formula istituzionale che teneva lontane le comunità dai centri decisionali. Le difficoltà in cui versava il Paese, e quindi la Regione, per i problemi di sempre della sanità, in primis le liste di attesa, la crescita di popolarità del non ancora Presidente Giorgia Meloni e [la scarsa popolarità del Presidente della Giunta di centrosinistra Luca Ceriscioli](#) (sulle cui motivazioni qui non si entra in merito) hanno contribuito a far crescere i consensi attorno a questo programma per il resto pieno di promesse, ma generico e confuso. Non casualmente hanno fatto alle Regionali il pieno di voti due Sindaci di piccoli comuni con piccoli ospedali, Sindaci che poi una volta entrati in Giunta come Assessori alla Salute uno (Lega) e ai Lavori Pubblici l'altro (Fratelli d'Italia) hanno provveduto a "beneficiare" le loro comunità potenziando oltre ogni limite di ragionevolezza i rispettivi piccoli ospedali.

La presunta solitudine del cittadino abbandonato da 25 anni di governo del centrosinistra lo si ritrova in testa al capitolo sulla sanità del [Programma di Governo 2020-2025 della Giunta](#) che aveva questo titolo: "Sanità e sociale di qualità per tutti: nessuno resti solo".

## **Il populismo al governo della sanità delle Marche**

Purtroppo la ricetta populista è ottima per vincere le elezioni, ma molto meno buona quando si tratta di governare. Per cui il superamento dell'ASUR è diventato una [riforma papocchio](#) che ha portato ad aumentare di 4 le Aziende Sanitarie della Regione con un corrispondente incremento dei costi e una conseguente paralisi amministrativa e il superamento dei cosiddetti ospedali unici è diventato prima [un piano di edilizia ospedaliera totalmente contro la norma](#) (il DM 70) e poi [un piano Socio Sanitario altrettanto al di fuori della norma](#) (Piano Socio Sanitario scritto senza trattini perché [cosa sia il socio-sanitario non lo hanno nemmeno letto](#)) in cui tutto si promette sul territorio e in cui in una rete ospedaliera già largamente difforme rispetto alle indicazioni del DM 70 si aggiunge un ospedale di area disagiata a 30 minuti (anziché 60) dal Pronto Soccorso più vicino e si inventano i Pronto Soccorso negli Ospedali di Comunità. Queste scelte si stanno traducendo in un ennesimo danno per la sanità delle Marche, già in crisi per i fattori di carattere nazionale come il sottofinanziamento e i tetti di spesa del personale. La ipertrofia della rete ospedaliera delle Marche, non tanto in termini di posti letto, quanto in numero di strutture, spesso molto vicine tra loro e piene di “doppioni” in termini di reparti e servizi compreso il DEA, si traduce infatti in una ridotta attività programmata, in un sottoutilizzo delle potenzialità tecnologiche e strutturali, in una diseconomia di scala in molte attività come quelle di carattere intensivo, in una scarsa attrattività per i professionisti e in una riduzione delle risorse destinabili ai servizi territoriali.

L'esperienza ormai triennale delle Marche consente di aggiungere anche altri elementi potenzialmente caratterizzanti l'approccio populistico in sanità quali la tendenza a:

- promettere per riuscire governare e a governare continuando a fare promesse (ad esempio il Piano Sanitario che non prevede altro che sviluppo e investimenti);
- considerare le normative un suggerimento e non un vincolo (ad esempio il Dm 70 e il DM 77 trattati come non esistessero);
- ripetere come un mantra le cose dette in campagna elettorale (ad esempio “no alla politica degli ospedali unici provinciali”);
- confidare nella filiera istituzionale (ad esempio affermando che tanto a Roma “sono dei nostri”);
- disinteressarsi completamente della dimensione tecnica delle questioni privilegiando esclusivamente quella propagandistica (ne costituisce un fulgido esempio la scelta dello screening di massa coi tamponi rapidi fatta dalla Giunta nemmeno due mesi dopo il suo insediamento);
- alterare tranquillamente la ricostruzione degli eventi (ad esempio intestarsi la realizzazione dei posti letto di terapia intensiva coi fondi della L. 34/2020 che invece sono stati lasciati dalla precedente Giunta) e la interpretazione dei dati (ad esempio intestarsi la terza posizione tra le Regioni benchmark quando la stessa è stata ottenuta in base ai dati del 2018);
- dare in teoria poco spazio al privato (anche quando serve) e molto spazio in pratica.

Il punto del rapporto pubblico/privato merita qualche considerazione aggiuntiva. In teoria la nuova Giunta ha “trascurato” il privato accreditato non attribuendogli incrementi di budget. In pratica si è limitata a non fare nuovi accordi una volta scaduti nel 2021 quelli fatti dalla precedente Giunta creando un notevole disagio sia alle strutture accreditate, ma anche ai cittadini cui il sistema ospedaliero pubblico dà sempre meno risposte. Adesso c'è uno stallo perché non si sa nemmeno chi farà i nuovi accordi triennali e prevale la ipotesi che li faranno le 5 nuove Aziende Sanitarie Territoriali assolutamente non attrezzate per farli (il Programma della Giunta prevedeva che li facesse l'ASUR trasformata in una sorta di [Azienda zero come quella della Regione Veneto](#), scelta poi non confermata).

## **Perché e come contrastare la gestione populista della sanità**

Conviene ricordare a questo punto che il problema non è il governo della sanità da parte del centrodestra in quanto tale, ma la natura populista della politica sanitaria di “certo” centrodestra e gli effetti di questa politica sulla salute dei cittadini. Alcuni aspetti dell'approccio populistico che ho descritto qui si ritrovano in tutti gli schieramenti politici quando si parla di sanità. In particolare, la tendenza a privilegiare l'ospedale rispetto ai servizi territoriali è comune. Nell'approccio populista che le Marche stanno sperimentando questa tendenza è “sfacciata” e non solo abbassa la qualità dei servizi, ma rischia di innescare una sorta di rincorsa in cui alla ricetta populista del centrodestra si rischia di rispondere con

un approccio ancor più populista. Questo effetto è tanto più deleterio su un sistema sanitario regionale quanto questo è strutturalmente più debole sia in termini di servizi che di apparato tecnico-manageriale.

Tutte queste considerazioni sulla sanità populista suggeriscono la necessità di dedicargli lo stesso interesse che si dedica alla sanità neolibera e rimandano ad approfondimenti e strategie di contrasto da trovare con urgenza per evitare che anche altrove succeda quello che sta succedendo nella sanità delle Marche: mentre cerchi di difendere la sanità pubblica dalla aggressività del privato la sua gestione di stampo populista letteralmente gliela consegna in mano. Infatti, il populismo in salsa marchigiana sembra quasi voler negare spazio al privato accreditato, ma di fatto aumenta nei cittadini la necessità di ricorrere a pagamento al privato “privato” compreso quello delle strutture pubbliche. Tra le misure di contrasto al populismo mi limito qui a sottolineare:

- la necessità di (ri)lanciare il ruolo del Ministero e dei suoi organi tecnici di supporto nel monitoraggio delle sanità regionali, monitoraggio asfissiante sul versante dei vincoli economici e accomodante sugli aspetti programmatori e gestionali;
- l'importanza della diffusione di una public health literacy che familiarizzi i cittadini ai temi delle politiche sanitarie per renderli più consapevoli sulle scelte che meglio rispondono ai loro bisogni compreso quella su chi votare;
- un recupero generalizzato di una cultura di sanità pubblica a partire dalle Università che sembrano quasi totalmente assenti nel dibattito sulla sanità pur avendo il compito di formare gli operatori e le classi dirigenti;
- l'importanza di far andare a scuola “di sanità” i politici prima che diventino Sindaci (non per niente [qui su QS avevo consigliato alla Schlein di riaprire le Frattocchie](#)).

Detto tutto questo, va ribadita l'esigenza prioritaria di una sanità più finanziata, è ovvio.

***Claudio Maria Maffei***

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Il Tavolo sulla revisione degli standard di ospedale e territorio e i dieci punti su cui riflettere per rilanciare la sanità pubblica

***Saranno molte le difficoltà che il Tavolo si troverà davanti e che riguardano il persistere nel nuovo Governo di scelte ambigue ereditate dal precedente Governo in materia di riposizionamento dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera. L'obiettivo è non solo l'attuazione della Missione 6 e di parte della Missione 5 del PNRR, ma anche il rilancio più complessivo del SSN.***

Nei mesi scorsi QS ha dato notizia della nascita e poi dei molteplici allargamenti del Tavolo tecnico incaricato di valutare le criticità emergenti dall'attuazione del DM 70/2015 e del DM 77/2022 (NOTE 1 E 2) recanti rispettivamente il Regolamento dell'assistenza ospedaliera e il Regolamento dell'assistenza territoriale.

In questa sede non tratteremo delle perplessità che il gigantismo del Tavolo tecnico fa nascere. Non si può, però, sottacere il rischio che sui lavori di questo Tavolo e dei relativi Gruppi di lavoro pesi la difficoltà generale che si sta registrando nel nostro SSN sui temi delle relazioni interprofessionali. Ciò che si paventa è che il tema dell'integrazione assistenziale venga ad essere inadeguatamente sviluppato, in quanto l'aspetto del rapporto tra le varie professioni sanitarie rappresenta solo una parte di questa tematica.

Diciamo allora che questo possibile snaturamento del lavoro affidato al Tavolo si aggiungerebbe alle difficoltà più generali che lo stesso Tavolo si troverà davanti e che riguardano il persistere nel nuovo Governo di scelte ambigue ereditate dal precedente Governo in materia di riposizionamento dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera. Per questi aspetti rinvio a precedenti articoli pubblicati su QS e ad un contributo pubblicato recentemente sulla rivista Corti Supreme e Salute (NOTA 3) evidenziando alcuni punti di cui il nuovo Tavolo potrebbe (dovrebbe) tener conto, nella elaborazione di proposte utili. L'obiettivo è non solo l'attuazione della Missione 6 e di parte della Missione 5 del PNRR, ma anche il rilancio più complessivo del SSN.

I punti su cui riflettere sono i seguenti.

### **PUNTO 1. Di cosa parliamo: LEA e standard dei LEA**

Utile è il richiamo alla definizione che fu predisposta ed inserita nello Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 che recitava:

*L'individuazione dei Livelli essenziali comporta anche la determinazione di alcune caratteristiche essenziali delle attività, dei servizi e delle prestazioni tali per cui, in loro assenza, la prestazione o il servizio non possa essere qualificato come tale. Queste caratteristiche possono riguardare, ad esempio, il tempo minimo di durata di una prestazione, la dotazione tecnologica minima necessaria per garantire la sua qualità, la presenza o la disponibilità in servizio di personale qualitativamente e quantitativamente adeguato, la garanzia di accesso al servizio per appuntamento, e così via.*

*Questa tematica si avvicina a quella della valutazione e del monitoraggio dei servizi sanitari attraverso la fissazione di “standard” o “parametri di riferimento” ma attiene, in questa prospettiva, alla individuazione di requisiti “qualificanti” della specifica attività e si colloca quindi a pieno titolo all’interno della definizione dei Livelli.*

*L’uniforme applicazione dei LEA a livello nazionale deve comunque salvaguardare le specificità territoriali, in rispondenza alle analisi dei bisogni di ciascun contesto locale.*

Come è noto, lo schema di PSN 2011-2013 non è approdato alla fase di documento approvato come D.P.R. ma è rilevante il fatto che su di esso si era favorevolmente espressa sia la Conferenza delle Regioni che la Conferenza Stato-Regioni. Il che significa che vi era stata un’ampia convergenza e condivisione su di esso al massimo livello politico istituzionale della concertazione Stato-Regioni. Ciò anche in relazione ad una pronuncia della Corte Costituzionale (che più avanti richiameremo) sullo stretto e necessario rapporto tra individuazione dei LEA e determinazione di alcune *caratteristiche essenziali delle attività, dei servizi e delle prestazioni*

## **PUNTO 2. La prima elaborazione dei LEA e l’imporsi della tematica degli standard**

Il primo DPCM sui LEA del 2001 (NOTA 4) fu redatto ed approvato nella fase straordinaria e peculiare di prima applicazione della riforma costituzionale del Titolo V. Fissati i LEA, ci si dovette confrontare con il problema di come inquadrare la tematica della fissazione dei requisiti minimi delle strutture per l’esercizio delle attività sanitarie, già regolamentato con il D.P.R. 16 gennaio 1997. Questa tematica si posizionava tra la competenza legislativa esclusiva in capo allo Stato in materia di fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni e la competenza legislativa concorrente in materia di organizzazione sanitaria.

Questo aspetto delle competenze era maggiormente importante, in quanto proprio in quegli anni il modo di fare medicina, chirurgia e in generale assistenza sanitaria accelerava in maniera significativa il suo cambiamento operativo. L’ambulatorio, l’ospedale, ma anche l’assistenza presso residenze o a domicilio erano diventati altro, grazie ad una evoluzione tecnologica e informatica ormai matura. Ciò consentiva di configurare nuovi percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, ma poneva anche l’esigenza di garantirne e monitorarne il profilo della sicurezza e di valutarne l’efficacia pratica. Erano gli anni in cui si diffondeva la chirurgia ambulatoriale e si poneva la necessità di definire requisiti tecnologici e strutturali oltre che criteri clinico assistenziali

Dopo l’entrata in vigore del D.P.C.M. 29 novembre 2001, nei percorsi valutativi, utilizzati per esaminare proposte di modifiche, integrazioni e aggiornamenti allo stesso D.P.C.M. sui LEA, si è fatto riferimento ad uno schema basato sulla seguente impostazione concettuale:

***Prestazioni>>>Attività>>>Servizi>>>Sottolivelli>>>Livelli***

Questa impostazione, pur permettendo una certa elasticità nella definizione dei LEA sanitari da garantire, consente di fissare con chiarezza e specificità il quadro prestazionale da considerarsi assunto nei LEA e di applicare nelle periodiche revisioni i criteri della metodologia valutativa basata sulle evidenze in riferimento ai tre assi della valutazione di qualità: 1-Risorse, 2- Procedure, 3-Esiti. Ciò nel rispetto del principio di uniformità in campo nazionale, di garanzia dell’efficacia sul piano applicativo e di efficienza tecnica ed economica.

Rispetto a tale schematizzazione i Livelli Essenziali di Assistenza in campo sanitario come definiti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 si dislocavano in maniera diversificata:

- per alcune aree prestazionali era indicata la singola prestazione direttamente citata nel D.P.C.M. oppure richiamata attraverso il rinvio al provvedimento che l’aveva introdotta (es. le prestazioni protesiche);
- per altre aree prestazionali, per esempio le prestazioni ospedaliere, si procedeva per liste negative, facendo riferimento ad un livello aggregativo più alto, quale un’Attività o un Servizio, per esempio il Servizio ospedaliero.

Nacque l'esigenza di individuare, rispetto allo schema, i contenuti tecnico funzionali indispensabili, cioè gli standard, senza i quali, la uniformità delle prestazioni non è garantita.

Ciò comportava il dover procedere all'arricchimento della definizione, contenuta nel D.P.C.M. 29 novembre 2001, del livello essenziale delle prestazioni afferenti all'assistenza ospedaliera

Nel DPCM 29 novembre 2001 il macrolivelli Assistenza ospedaliera era semplicemente descritto così:

1. Assistenza ospedaliera
2. Pronto soccorso
3. Degenza ordinaria
4. Day hospital
5. Day surgery
6. Interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)
7. Riabilitazione
8. Lungodegenza
9. Raccolta, conservazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
10. Attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti, trapianto di organi e tessuti

Questa estrema sinteticità veniva controbilanciata da una impostazione basata su liste negative assolute o relative: l'allegato 2A conteneva la lista delle prestazioni escluse dai LEA (lista negativa), mentre gli allegati 2B e 2C contenevano l'elenco delle prestazioni erogabili in particolari condizioni. Il D.P.C.M recava inoltre un riquadro sulle norme vigenti.

Per cui nell'ambito delle prestazioni ospedaliere genericamente assunte nei LEA, si indicavano quelle totalmente *escluse dai LEA*, *quelle parzialmente escluse dai LEA* e *quelle ad alto rischio di inappropriatazza*.

In ogni caso, il D.P.C.M recava inoltre un riquadro sulle norme vigenti, nonché degli Accordi Stato-Regioni, rilevanti ai fini LEA, che, richiamati nel testo del DPCM, ne costituivano parte integrante.

### **PUNTO 3. L'avvio del percorso relativo agli standard**

Il lavoro ricordato nel PUNTO precedente con la oggettiva spinta ad un maggior dettaglio tecnico nella definizione dei LEA trovò uno sbocco legislativo con l'adozione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Con tale norma si stabiliva che occorreva garantire che le modalità di erogazione delle prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza, fossero uniformi sul territorio nazionale. Pertanto, si doveva, con regolamento ai sensi dell'art. 17, co. 3, legge 23 agosto 1988, n. 400, procedere a fissare gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Come è ben noto, questa norma ha dato luogo ad un contenzioso davanti alla Corte costituzionale che è esitato nella Sentenza della stessa Corte n. 134/2006, che riguardava la legittimità costituzionale della competenza che lo Stato si riconosceva in materia di fissazione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n.311.

Qui va ricordato che con tale sentenza la Corte:

-ha sì ritenuto ingiustificata la riduzione delle modalità di coinvolgimento delle Regioni nel procedimento di individuazione degli standard, dichiarando l'illegittimità della norma nella parte in cui prevedeva il semplice parere e non l'intesa con le Regioni nella sede della Conferenza Stato-Regioni;

-ma, nel merito, ha riconosciuto per gli standard la competenza statale come strumento attuativo dei Livelli Essenziali di Assistenza nel settore sanitario, volti ad assicurare la migliore erogazione ritenendo

che la fissazione degli standard costituisca esercizio della competenza assicurata allo Stato dall'art. 117, co. 2, lett. m) della Costituzione, purché soggetta al vincolo della previa intesa con le Regioni.

Ad avviso della Corte, il regime giuridico dei limiti che possono essere posti alle Regioni sulla base dell'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione – tenuto conto che i Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale – esige «che queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge. Questa dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie» (sentenza n. 88 del 2003).

La Corte affermava che “... *gli standard sono evidentemente individuati (dalla legge finanziaria n.d.r.) in termini tali da rendere evidente che si tratta di integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA esistenti nel settore sanitario e che intenderebbero assicurare una migliore erogazione...*” e che “...*non può pertanto dubitarsi che anche la fissazione degli standard costituisca esercizio della competenza assegnata allo Stato dall'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione*”.

#### **PUNTO 4. La riforma Balduzzi del 2012**

Il primo decennio degli anni 2000 si chiude con un'acquisita consapevolezza di dover procedere ad una maggiore specificazione del quadro prestazionale configurante i LEA sanitari. L'esigenza era quella di garantire uniformità, sicurezza, efficacia ed efficienza. Tale spinta era stata avvertita soprattutto per l'ambito dei LEA sanitari, in particolare, nel campo dell'assistenza ospedaliera caratterizzata da forti innovazioni tecnologiche e tecnico organizzative, ma la già citata norma che dispone tale specificazione e che è oggetto della sentenza dell'Alta Corte n. 134/ 2006, viene formulata in riferimento all'intero spettro assistenziale coperto dai LEA sanitari.

Nel secondo decennio degli anni 2000 si registra un ulteriore sviluppo della vicenda normativa riguardante gli standard ospedalieri. Ciò avviene nell'ambito di quella che è stata definita la Riforma Balduzzi. Ci si riferisce alle norme approvate con la legge di conversione del DL 95/2012 e con la legge di conversione del DL 158/2012. Tali norme costituirono un pacchetto di misure configuranti una fase di riforma non sistemica ma comunque riferita ad alcuni aspetti molto strutturali e molto critici: accanto al tema degli standard ospedalieri, si sentì l'esigenza di affrontare le problematiche delle cure primarie, della libera professione, del rischio clinico e della responsabilità professionale. In particolare, il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, all'articolo 15, comma 13, lettera c) dispose che **le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottassero provvedimenti** di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

Nell'applicare questa disposizione, le regioni e le province autonome dovevano attenersi alle seguenti 3 indicazioni e condizioni:

1- rispettare gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi ai LEA, fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano

2- tener conto della mobilità interregionale

3- rispettare la riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei.

#### **PUNTO 5. Il contenuto del Decreto ministeriale 70/2015.**

Un effetto di quanto richiamato nel punto precedente è stata l'effettiva adozione del DM 70/2015. Il documento, si configura come il Regolamento previsto dall'articolo 1, comma 169 della legge 311/2004, propedeutico all'attuazione delle disposizioni normative recate dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c).

Tale regolamento:

A-si muove verso una direzione che è quella di:

- aumentare la qualità dell'assistenza;
- incrementare la sicurezza delle cure;
- perseguire l'uso appropriato delle risorse;

B-finalizza le attività dell'ospedale al trattamento di patologie ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale e alla gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso;

C-prevede che l'integrazione tra l'ospedale e i servizi sanitari territoriali sia specificamente disciplinata dalla Regione.

Il numero massimo di posti letto ospedalieri per acuti (presidi pubblici e privati accreditati) è fissato in applicazione dei parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c), del citato DL 95/2012 come convertito dalla L. 135/2012.

I presidi ospedalieri sono classificati in tipologie definite in relazione a bacino di utenza, presenza di specifiche specialità, ruolo svolto nella rete di emergenza urgenza. Le tipologie sono tre:

1. Presidiospedalieri di base;
2. Presidiospedalieri di I livello;
3. Presidiospedalieri di II livello.

Nell'adeguamento della rete di emergenza urgenza è previsto che specifiche misure devono essere predisposte nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso, comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2 dell'art. 1.

In coerenza con questo impianto, il DM 70/2015:

- fissa i bacini di utenza delle varie specialità;
- prevede, per l'accreditamento degli ospedali/strutture polispecialistiche di ricovero ospedaliero, soglie minime di posti letto per acuti
- per alcune procedure indica soglie minime di volume di attività e soglie di rischio per esito.

In definitiva il DM mira a conseguire una **convergenza** tra le iniziative finalizzate a promuovere la **qualità** nelle strutture sanitarie e la **pratica assistenziale**, nonché a basare sui risultati conseguiti la valutazione delle strutture e del personale addetto.

Sul piano generale, l'**indicazione del lavoro in rete degli ospedali** viene basata sull'attivazione delle reti per patologia prevedendo il modello *hub & spoke* con prioritaria attenzione alle reti tempodipendenti. Tale scelta viene assunta anche per rendere più agevole il percorso dell'integrazione fra ospedali e territori.

La implementazione delle **iniziative per la continuità ospedale-territorio** viene indicata come impegno primario per le regioni, le quali, contestualmente alla ridefinizione della rete ospedaliera, devono

provvedere ad un riassetto dell'assistenza primaria, di quella domiciliare e di quella residenziale.

## **PUNTO 6. L'aggiornamento dei LEA. Il DPCM 12 gennaio 2017**

Un ulteriore elemento che caratterizza il secondo decennio degli anni 2000 in campo sanitario è l'adozione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (NOTA 5) per l'atteso aggiornamento del DPCM 29 novembre 2001, ricordando che, intanto, con numerosi Piani e programmi sanciti in Conferenza stato Regioni si erano andate ad aggiungere e modificare prestazioni.

Il legislatore con l'occasione della legge finanziaria n.208/2015 (art 1 commi da 554 a 559) ha previsto due modalità differenti di aggiornamento dei Lea:

-la prima per la fattispecie dell'inserimento nei Lea di nuovi servizi e prestazioni con incremento di oneri per la finanza pubblica

-la seconda per i casi in cui, a parità di risorse, vengono introdotte modifiche agli elenchi delle prestazioni per incrementarne l'appropriatezza di erogazione.

Al momento non vi sono stati aggiornamenti al DPCM del 2017.

Rispetto al DPCM 29 novembre 2001, l'Assistenza ospedaliera è trattata in maniera più dettagliata al Capo V (artt. 36-49) definendone le aree di attività (art. 36), articolate in: pronto soccorso (art. 37); ricovero ordinario per acuti (artt. 38 e 39); day surgery (artt. 40 e 41); day hospital (artt. 42 e 43); riabilitazione e lungodegenza post acuzie (artt. 44 e 45); attività trasfusionali (art. 47); attività di trapianto di cellule, organi e tessuti (artt. 48); donazione di cellule riproduttive (art. 49) Inoltre, di prevalente interesse ospedaliero sono le indicazioni di cui a: 1- Allegato 4B Condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva; 2-Allegato 6A DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria; 3- Allegato 6B Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale

Altra differenza è riscontrabile nel fatto che il DPCM del 2017 non ha riportato in allegato i provvedimenti Stato Regioni rilevanti ai fini LEA che pure negli anni hanno costituito tema di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso alla quota premiale e alla definizione del punteggio dell'ex Griglia LEA.

## **PUNTO 7. Posizionamento del DM 70/2015 rispetto al primo e al secondo D.P.C.M. LEA**

Occorre tener conto del fatto che il vigente testo del DM 70/2015 è stato predisposto quando ormai si era chiarito (vedi sentenze della Corte Cost.) che *gli standard sono integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA esistenti nel settore sanitario* e che tali *integrazioni* sono state formulate in riferimento ad una definizione dei LEA che era necessariamente quella del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni (NOTA 3), la quale per l'assistenza ospedaliera poggiava su liste negative piuttosto che su una definizione in positivo. Inoltre, si era in presenza di una difficoltà relativa al fatto che per i requisiti minimi delle strutture non era chiaro il percorso da seguire per il loro aggiornamento dopo la Riforma del Titolo V.

Va anche aggiunto che nell'articolato del DPCM 12 gennaio 2017, il DM 2 aprile 2015 viene citato esplicitamente (art. 38 comma 3) sia pure in riferimento ad un aspetto molto specifico.

## **PUNTO 8. Il DM 77/2022**

Fare il punto sul DM 77/2022 è alquanto complesso. Il problema è la gracilità di questo provvedimento, sul quale viceversa il precedente Governo (ma, a quanto sembra, anche l'attuale Governo) ha costruito un complesso e pesante apparato programmatico e assistenziale, non sostenuto da un incremento delle risorse correnti, con il rischio che tutto crolli.

A differenza del DM 70/2015, che, come abbiamo visto, si è mantenuto nei limiti delle norme che ne avevano previsto e disposto l'adozione e nel rispetto del riparto delle competenze dello Stato e delle regioni, il DM 77/2022 si configura come strumento attuativo di diversificate finalità e disposizioni che riguardano:

- la fissazione di standard in materia di LEA territoriali
- il riassetto dell'assistenza territoriale
- la convergenza con i livelli essenziali di assistenza in campo sociale,

Tutto ciò in presenza di una Riforma sulle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza che viene data come già approvata (nella parte motiva del DM 70 : “*Vista la Riforma sulle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima nell'ambito del PNRR (M6Cl-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale»*)” ma di cui poi, nella parte introduttiva dell'allegato al DM, si dice che viene approvata con il medesimo DM (nella parte introduttiva dell'allegato: “*Il presente documento costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6Cl-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale*”)

In ogni caso qui di seguito ricordiamo il contenuto dei vari articoli.

#### *Articolo 1*

Al comma 1 afferma che Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1 avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del presente decreto. L'allegato 3, costituente altresì parte integrante del presente decreto, reca, a fini definitivi, il glossario degli acronimi impiegati.

Al comma 2 prevede che le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento.

Al comma 3 prevede che le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR.

#### *Articolo 2*

Si riferisce al monitoraggio e alla verifica del processo implementativo degli standard. Parla del monitoraggio della implementazione degli standard territoriali

#### *Articolo 3*

Si occupa dell'applicabilità degli standard alle Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome

#### *Articolo 4*

Prevede la clausola di invarianza finanziaria

Il sommario dell'Allegato 1 contenente, con carattere “descrittivo”, il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, è il seguente

-PREMESSA

-SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

-STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO

-DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

-CASA DELLA COMUNITA'

-INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA'

-UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

-CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

-CENTRALE OPERATIVA 116117

-ASSISTENZA DOMICILIARE

-OSPEDALE DI COMUNITA'

-RETE DELLE CURE PALLIATIVE

-SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE

-PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO

-TELEMEDICINA

-SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

-DOCUMENTI TECNICI DI RIFERIMENTO

L'allegato 2, presentato come "prescrittivo", è titolato "Ricognizione Standard" e contiene gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario.

Si fa riferimento a:

-Casa della Comunità

-Centrale operativa territoriale

-Centrale Operativa 116117

-Unità di Continuità Assistenziale

-Assistenza Domiciliare

-Ospedale di Comunità

-Rete delle cure palliative

-Servizi per la Salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

-Prevenzione in ambito sanitario. ambientale climatico

-Telemedicina e Sistemi di qualità

Per ciascuna tipologia di struttura vengono indicati: il contenuto della missione assistenziale, gli standard delle persone, i requisiti tecnologici e strutturali nonché i documenti tecnici di riferimento.

Questa parte risente molto della interlocuzione con il Consiglio Stato chiamato ad esprimere il suo obbligatorio parere. Il risultato è in molti punti ambiguo. Nell'allegato 1 abbondano espressioni come "devono", "si deve" ecc. Nell'allegato 2 si parla di "ricognizione" degli standard laddove ci si sarebbe aspettato di trovare una espressione del tipo "fissazione degli standard"

### **PUNTO 9. Rapporto tra DM 70/2015 E DM 77/2022.**

Il tema che andava prioritariamente affrontato, cioè, rendere strutturale la capacità di risposta nei nuovi scenari epidemiologici e assistenziali, era ed è quello dell'integrazione Ospedale- Territorio: il Piano Nazionale di Recupero e Resilienza (parte sanitaria) avrebbe dovuto investire soprattutto su questa tematica senza la quale né l'ospedale né il territorio potranno funzionare. In particolare, andava promossa l'adozione di strumenti di *governance* e di gestione tecnico assistenziale (prioritariamente quelli di gestione del personale dipendente e di quello convenzionato) in grado di facilitare l'attuazione della nuova tipologia di interventi e servizi assistenziali). Va evidenziato che il DM 70/2015 dando indicazioni anche sulle cure intermedie e sullo stesso Ospedale di Comunità ha di fatto già indicato in termini operativi la indispensabilità di una integrazione tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera. Questo aspetto è importante perché, se valorizzato ed operativamente perseguito, permetterebbe di portare a sintesi e a coerenza i testi dei due DM sugli standard nei due settori. Il DM 77/2022 si porta dietro un'ambiguità in quanto, anche se ad esso si è inteso conferire un ruolo di provvedimento riformatore, si configura, piuttosto, come un rafforzamento di LEA territoriali già vigenti. Solleva qualche perplessità la previsione che le Regioni possano dare attuazione a un così complesso apparato unicamente con un atto generale di programmazione, ignorando le vigenti leggi regionali che disciplinano l'assistenza sanitaria territoriale. D'altra parte, gli allegati al DM 77/2022 presentano un profilo incerto sulla loro natura (programmatica? regolamentare? impositiva? descrittiva? esemplificativa?). Un esempio di questa incertezza definitoria è costituito dagli *standard organizzativi*, che compaiono e scompaiono nei vari testi.

La sensazione è che ci si è inoltrati in un tunnel senza sbocchi.

Per superare questa situazione e avviare un percorso che consenta di dare coerenza a questa fase che si apre con la realizzazione del PNRR Salute, appare ragionevole tentare di riprendere il discorso da dove si era interrotto. Il DM 70/2015 fu adottato in attuazione di una specifica norma e nel contesto di una innovazione normativa di più ampia portata, che già abbiamo sopra richiamato. Il DM 77/2022 potrebbe essere applicato come rafforzamento operativo delle strutture territoriali, sinergico con la ripresa del processo di innovazione e adeguamento del SSN, reso ancora più urgente dal mutato quadro epidemiologico. Non è un'operazione semplice, in quanto l'evoluzione sul campo delle modalità con cui si fa assistenza sanitaria è continua, ma è una operazione necessaria che sarebbe opportuno portare avanti prima che la parte più cospicua degli interventi strutturali finanziati con il PNRR sia realizzata.

Si tratta di evitare la infelice prospettiva di una messa a disposizione di contenitori che poi sarà difficile riempire di attività assistenziali a causa della insufficienza del finanziamento di parte corrente.

### **Punto 10 Alcune considerazioni tra i Lea vigenti, i regolamenti trattati nel presente articolo, la recente legge di deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane e il disegno di legge governativo sull'autonomia differenziata all'esame del Parlamento.**

Sul tema dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie si è creato e sembra via via aumentare un ingorgo istituzionale e legislativo.

Si tratta della recente legge di deleghe al Governo in materia di politiche per le persone anziane (n.33/2023) che definisce all'articolo 1:

-i *“livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)»*:

*-i processi, gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura su tutto il territorio nazionale sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n.328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», e con quanto previsto dall'articolo 1, comma 159, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e fatto salvo quanto previsto dall'articolo 1, commi da 791 a 798, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, e dall'articolo 2, comma 2, lettera h), numero 2), della legge 22 dicembre 2021, n. 227.*

La legge precisa che nell'individuazione dei LEPS, in un'ottica di integrazione con i LEA, va assicurato il raccordo con l'articolo 2, comma 2, lett. h) n.2 della legge 22 dicembre 2021, n.227.

*(Si tratta della legge delega al Governo in materia di disabilità, che prevede di “definire, anche avvalendosi del supporto della Commissione tecnica per i fabbisogni standard di cui all'articolo 1, comma 29, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, con riguardo alle prestazioni in favore delle persone con disabilità, con l'individuazione di una disciplina di carattere transitorio, nelle more dell'effettiva applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni, volta a individuare e garantire obiettivi di servizio, promuovendo la collaborazione tra i soggetti pubblici e i privati, compresi gli enti operanti nel Terzo settore. )*

L'individuazione dei LEPS va realizzata anche fatto salvo quanto previsto *dall'articolo 1, commi da 791 a 798, della legge 29 dicembre 2022 n.197.*

Si tratta delle disposizioni che stabiliscono le procedure per accelerare il processo di determinazione dei LEP (livelli essenziali delle prestazioni) concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale nell'ambito dell'attuazione dell'autonomia regionale differenziata.

In questo contesto in attesa di un'attuazione (coordinata?) di tutte queste norme, suscita grande preoccupazione, come anticipato e commentato dal recente articolo su QS di Gimbe (NOTA 6), il fatto che dai lavori del Comitato per l'individuazione dei LEP di cui al ddl sull'autonomia differenziata del Governo emergerebbe la scorciatoia per la sanità, ove non sarebbe necessario individuarli in quanto già definiti.

**Va anche ricordato che** l'articolo 21 (capo IV) del DPCM 12/1/2017 di aggiornamento dei LEA introduce i percorsi assistenziali integrati. In particolare, tali percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

Si segnala che l'accordo non è stato ancora sancito dalla Conferenza Unificata e pertanto la norma non ha trovato piena attuazione.

Ora, senza volere in questa sede entrare nel dettaglio dell'analisi del ddl in questione, occorrerebbe comunque, alla luce di questo breve excursus normativo, fare chiarezza e avviare una riflessione sui Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e relativi costi standard per la sanità.

Vanno abrogate le norme che dispongono in materia? IL Dlgs n68/2011 che prevede la definizione dei costi standard in sanità va abrogato?

Per i livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza di cui alla recente legge finanziaria ancora da definirsi, la normativa va abrogata? Con quale modalità si modificano tali norme?? Con lo schema di decreto previsto dal ddl Calderoli oggi all'esame del Senato?

Alla luce delle brevi considerazioni finora esposte sull'intreccio delle normative vigenti in materia di LEA sanitari e LEA sociali, si osserva che gli organismi previsti dal disegno di legge sull'autonomia differenziata per la definizione dei LEPS e relativi costi standard, dovrebbero operare una lettura coordinata delle norme vigenti. Ciò anche al fine di armonizzarne i contenuti in una proposta finale che realmente consentisse ai cittadini la garanzia di un'erogazione uniforme e reale di tali diritti sul territorio nazionale. Inoltre, sarebbe indispensabile una tempistica certa di attuazione di tali norme che al momento sono solo un dettato normativo vuoto di contenuti.

Sarebbe veramente fondamentale per gli operatori, per gli enti preposti, per le regioni e per i cittadini che il Parlamento in sede di esame del disegno di legge sull'autonomia differenziata si esprimesse in merito al contesto sociosanitario dei LEA e dei LEPS.

Nel chiudere questo contributo specificamente dedicato al Tavolo sul raccordo tra DM 70 e DM 77, non si può non ricordare che le notizie su ulteriori tagli al finanziamento del SSN da includere nella manovra di bilancio per l'anno 2024 sono di primaria importanza rispetto a quanto abbiamo sopra discusso.

Lo strangolamento del SSN, connesso al sempre più forte differenziale tra il livello di finanziamento ipotizzato come necessario e sufficiente dopo i percorsi di efficientamento e il livello ben inferiore di finanziamento erogato in questi ultimi 5-10 anni, ha spinto molti a chiedere una nuova Riforma. Tale Riforma dovrebbe blindare, anche con una modifica costituzionale, il carattere pubblico, universalistico e di sostanziale gratuità del nostro sistema sanitario. Ribadiamo anche in questa sede il nostro accordo a questa richiesta.

### ***Filippo Palumbo***

*Già Direttore Generale e Capo Dipartimento del Ministero della salute*

### ***Maria Giuseppina La Falce***

*Già Dirigente della Presidenza del Consiglio dei Ministri*

### **Note**

Una riflessione ampia sui LEA è stata da noi svolta nell'e-book “ [I LEA alla prova dell'impatto col Covid](#)” – Quotidiano Sanità, 1 novembre 2020.

NOTA 1- Ministero della salute DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

NOTA 2- Ministero della salute DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

NOTA 3- Filippo Palumbo Web Corti supreme e salute 2023, 2 26118882 Dopo gli standard ospedalieri, gli standard territoriali\* OSSERVATORIO SUI SISTEMI SANITARI

NOTA 4- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 NOVEMBRE 2001, recante *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*,

NOTA 5- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*

NOTA 6 [Gimbe: “La Sanità va esclusa dalle materie oggetto dell’Autonomia differenziata” - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](#)

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## In Italia, mancano infermieri: formiamo medici

*Gentile Direttore,*

quale è la risposta alla drammatica crisi infermieristica in Italia, con la carenza di oltre 100.000 unità nel raffronto con altri Paesi Europei? Aumentare il numero dei posti a Medicina, pur se questi già superiori alla media europea, nonostante le dichiarazioni delle organizzazioni di rappresentanza circa il rischio con questa scelta di creare una nuova pletera medica ed uno spreco di risorse pubbliche.

Il mese di agosto si chiude con il comunicato della Ministra Prof. Bernini sull'aumento a 19.544 dei posti per Medicina, 1.386 per Odontoiatria, 1141 per Veterinaria, sulla base delle risultanze del gruppo di lavoro – a trazione medica - costituito in seno al Ministero dell'Università, con l'obiettivo di “esaminare ed approfondire le criticità afferenti alla carenza di medici e professionisti sanitari nell'ambito del Servizio sanitario nazionale” presieduto dal Prof. Gaudio, già Rettore di Sapienza Università di Roma. Quindi oltre 4000 posti in più quest'anno, con la duplicazione dei posti nel corso degli ultimi anni.

In alcune realtà è vero mancano anche medici: mancano taluni medici di medicina generale e sono carenti le vocazioni per l'area emergenza (quindi specializzati, non generici laureati). La lamentata e limitata carenza medica – che gode per converso di alta eco mediatica - è attribuibile alle forme contrattuali, all'intramoenia, all'organizzazione dei servizi, alla carenza di programmazione in alcune aree, alla pervasività delle assicurazioni private anche per i dipendenti pubblici e non da ultimo anche dalla volontà della classe medica di mantenere lo status quo nell'agire professionale, limita lo sviluppo della competente autonoma degli infermieri e di altre professioni, per completare al meglio il percorso dell'assistito in particolare a livello comunitario, con la pratica avanzata e con la prescrizione.

Mentre in Italia – si continua a pensare solo al personale medico, negli Stati Uniti l'Amministrazione Biden – Harris, per il tramite del Dipartimento Health Resources and Services Administration (HRSA), informava di aver stanziato più di 100 milioni di dollari per formare e sviluppare gli organici infermieristici. “Ora più che mai, dobbiamo raddoppiare i nostri investimenti negli infermieri che si prendono cura delle comunità in tutto il Paese” ha dichiarato il loro Segretario Generale. Gli investimenti statunitensi sono destinati per le seguenti priorità: 1) Aumentare la presenza di Infermieri laureati, con la programmi di conversione e transizione degli infermieri “pratici” cioè non laureati. 2) Aumentare la numerosità di infermieri di pratica avanzata certificati formati e preparati a fornire servizi di assistenza primaria, assistenza per la salute mentale e i disturbi da uso di sostanze e/o assistenza sanitaria materna. 3) Sviluppare il numero di docenti infermieri attraverso finanziamenti per la formazione specifica e per incentivare la docenza infermieristica.

In Italia, niente di tutto questo, nulla si è fatto, per agire davvero per aumentare i numeri degli studenti o l'attrattività della professione infermieristica per le giovani generazioni, con la riduzione delle tasse o percorsi di transizione verso il lavoro, se non ipotizzare [accordi con Paesi extraeuropei](#) per la carenza infermieristica.

Per i corsi di laurea in Infermieristica, i posti disponibili in Italia sono 19.747 (dati provvisori) - sostanzialmente uguali all'anno precedente e sovrapponibili a quelli di Medicina: per la specifica conformazione delle procedure di ammissione risulta a rischio la stessa copertura dei posti in particolare nelle università del Centro Nord, come già avvenuto lo scorso anno. Semplicemente formeremo più medici che infermieri.

Questo dato numerico se comparato alla maggioranza dei Paesi del mondo è sconvolgente: mediamente si formano e devono essere operativi almeno 3 (tre) infermieri per 1 (uno) medico (ad esempio nel Regno Unito vengono formati la metà dei medici rispetto all'Italia, circa 10.000, ed oltre il doppio di infermieri, con

un trend crescente).

Allo stesso tempo, sono cominciati a circolare nel corso dei mesi taluni Disegni di Legge (i.e Assistente per la salute) ed iniziative regionali volte - in forma più o meno mascherata - a far transitare competenze infermieristiche - a personale ausiliario e di supporto. Un rischio enorme per i cittadini e un pericolo per la professione infermieristica tutta.

Voglio essere chiaro - come è la letteratura internazionale in merito: la sostituzione di infermieri con figure di supporto meno qualificate è legata a un maggiore rischio di decesso per gli assistiti, oltre che a numerosi indicatori di scarsa qualità dell'assistenza. Un conto, quindi, è prevedere figure che meglio formate possano supportare gli infermieri e che vengano "sperimentate" per verificarne l'impatto sull'organizzazione sanitaria, un conto è quello che da più parti e da alcune regioni e strutture sanitarie sta avvenendo. Semplicemente, per mere logiche di contenimento di costi, si sostiene la sostituzione di personale infermieristico con figure di supporto e/o con servizi esternalizzati come quello di "forzare" oltre i limiti le attività di deblistering dei farmaci, senza valutarne le ricadute. Tutto questo è un grave rischio per i nostri cittadini, con particolare riferimento alla popolazione anziana e fragile.

Nonostante il contributo offerto durante la pandemia, gli applausi e le promesse, appare chiaro che il contributo infermieristico non sia considerato inestimabile come invece è, non sembra essere visibile e cruciale per la vita delle persone come invece è. Gli infermieri salvano vite umane ogni giorno, senza clamore. Gli infermieri sono la colonna vertebrale dei servizi sanitari, sono vicini ai pazienti sempre: 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Allo stesso tempo, gli infermieri italiani sono malamente pagati, con poche prospettive di sviluppo, oggetto di violenza, si sentono poco coinvolti in molte delle decisioni che li investono, costretti a turni e pressioni difficilmente sostenibili. La demotivazione ed il disagio appaiono decisamente in crescita.

Questa situazione merita – con immediatezza - un intervento che riconosca agli infermieri l'impatto per la salute che hanno: si invita il Governo italiano ed i decisori ai diversi livelli ad agire per trattare la crisi nazionale del personale infermieristico.

**Walter de Caro**

*Presidente Nazionale CNAI*

*Executive Board EFNNMA*



*Prof. Andrea Giustina, Direttore dell'Istituto di Scienze Endocrine e Metaboliche dell'ospedale San Raffaele di Milano, Presidente Gioseg e coordinatore della ricerca pubblicata su Endocrine: "La vitamina D è un ormone con azioni pleiotropiche fondamentali per il nostro organismo. Tra esse l'importanza della sua azione immunomodulante è emersa chiaramente nel corso della pandemia! Infatti, bassi di livelli di vitamina D si associano al Covid severo e come da noi recentemente dimostrato allo sviluppo di long Covid"*



Milano, 24 agosto 2023- La carenza di vitamina D si associa a una meno duratura risposta anticorpale alla vaccinazione anti Covid. Questo il risultato principale di uno studio retrospettivo pubblicato sulla rivista internazionale [Endocrine](#) da un gruppo di ricercatori del San Raffaele di Milano.

La ricerca condotta su una coorte di più di 100 operatori sanitari ha infatti evidenziato come chi aveva valori di vitamina D nel sangue inferiori a 20 ng/ml, cioè la soglia comunemente utilizzata per definire la carenza ormonale di vitamina D, mostrava un calo significativo rispetto ai soggetti con normale vitamina D dei valori anticorpali tra il quinto e il nono mese dalla fine del primo ciclo vaccinale anti Covid.

A conferma di questi dati i ricercatori del San Raffaele hanno riscontrato che i valori di vitamina D prima della vaccinazione correlavano significativamente e indipendentemente da altre variabili con la concentrazione degli anticorpi anti Covid al nono mese dopo la seconda dose del vaccino anti Covid.



*Prof. Andrea Giustina*

“La vitamina D - afferma Andrea Giustina, Direttore dell’Istituto di Scienze Endocrine e Metaboliche del San Raffaele di Milano, Presidente Gioseg e coordinatore della ricerca - è un ormone con azioni pleiotropiche fondamentali per il nostro organismo. Tra esse l’importanza della sua azione immunomodulante è emersa chiaramente nel corso della pandemia! Infatti, bassi di livelli di vitamina D si associano al Covid severo e come da noi recentemente dimostrato allo sviluppo di long Covid”.

“Il nostro studio - continua il prof. Giustina - evidenzia come la mancanza di vitamina D e quindi della sua azione immunomodulante, abbia conseguenze rilevanti non tanto nell’ottenimento del picco anticorpale post vaccino ma nella minor persistenza nel tempo di tale risposta”.

“I nostri dati - afferma ancora Giustina - suggeriscono che in Paesi ad altra prevalenza di ipovitaminosi D come il nostro soprattutto nella fascia di età in cui la vaccinazione è raccomandata sia opportuno misurare i valori di vitamina D ed eventualmente integrarla se insufficiente prima della vaccinazione per ottimizzare i livelli anticorpali a lungo termine”.

“In alternativa - conclude il prof. Giustina - potrebbe essere utile almeno effettuare la vaccinazione prima dell'autunno quando i valori di vitamina D iniziano fisiologicamente a calare nella popolazione”.

# quotidiano**sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Medici di famiglia. Fnomceo: "No alla dipendenza"

**Anelli: "Il passaggio alla dipendenza farebbe saltare la capillarità dell'assistenza: le Regioni avrebbero difficoltà a garantire a ogni medico dipendente un ambulatorio attrezzato e personale adeguato in ogni angolo del Paese"**

Far entrare i medici di famiglia nelle Case di comunità, attraverso le loro forme associative. È questa la proposta del presidente della FNOMCEO, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, **Filippo Anelli**, per realizzare il Dm 77, sugli standard dell'assistenza territoriale. Garantendo, così, da una parte, un'adeguata presenza dei medici nelle Case di Comunità. E salvaguardando, dall'altra, la capillarità dell'assistenza e il diritto del cittadino alla libera scelta del suo medico di fiducia.

"Non è certo la natura giuridica del rapporto di lavoro – afferma Anelli – a pregiudicare la gestione delle Case di comunità da parte dei medici di medicina generale. L'eventuale passaggio dalla convenzione alla dipendenza, periodicamente ventilato come panacea e soluzione a tutte le criticità che affliggono il Servizio sanitario nazionale, infatti, avrebbe bisogno comunque di un contratto nazionale di lavoro, che disciplini i compiti e le funzioni dei professionisti. Perché, allora, non sottoscrivere un contratto che realizzi il Dm 77, consentendo ai medici di medicina generale di entrare anche nelle Case di comunità con le loro forme associative? Questa sarebbe una soluzione concreta, anziché avventurarsi in modelli di cui non è dimostrata una reale efficacia e che presentano invece rischi evidenti: non poter più garantire la libera scelta del cittadino, quel rapporto continuativo di fiducia che è alla base dell'alleanza terapeutica e della riuscita dei percorsi di prevenzione e cura, nonché la capillarità della presenza del medico in ogni angolo del Paese. Le Regioni avrebbero infatti difficoltà a garantire un ambulatorio attrezzato e il personale adeguato a ogni medico di assistenza primaria dipendente".

"Il contratto che stancamente si trascina – conclude - è antecedente al Dm77. L'auspicio è che si chiuda finalmente l'accordo collettivo relativo al triennio 2019-2021, per poter iniziare, con le Organizzazioni sindacali, la trattativa per l'accordo collettivo nazionale 2022-2024, che preveda l'applicazione del Dm77".

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Medicina generale, la questione non è la convenzione ma l'autorevolezza del nostro lavoro

*Gentile Direttore,*

una delle questioni aspramente dibattute è quella della dipendenza dal SSN dei medici di base, sostenuta da molti, in opposizione a chi vorrebbe mantenere lo status quo della convenzione, come sostenuto a spada tratta dalla FIMMG, e questi anche a costo di immolarsi sull'altare della patria con minacciate dimissioni da parte del segretario. Non ho mai creduto al valore e valenza dei gesti estremi e molto saggio è il detto del paese beato perché non ha bisogno di atti di eroismo. Ma, come capita molto spesso, le motivazioni poste sul tavolo della contrattazione non sono quelle reali e, furbescamente e con una buona dose di ipocrisia, si vuole far credere che il contratto di convenzione sia a totale beneficio dei cittadini e della categoria medica.

Nei fatti, e senza disquisizione barocche, l'organizzazione territoriale della medicina di base, non risponde se non in poche cose, alle esigenze della gente. Basta, per questo, scorrere le pagine della stampa per sapere quante lamentele siano state espresse sul "non lavoro" dei medici di base. Lavoriamo poco e male. Non si dica che il medico di base lavori solo tre ore al giorno, perché è vergognosamente falso, ma di sicuro, non arriva alle 40 ore settimanali dei medici ospedalieri. Non si dica che la figura del medico di base sia peculiare e asse portante del SSN, perché non si spiega come mai non ci sia ancora una scuola di specializzazione accademica per la medicina generale, e il suo lavoro rimane convenzionato, senza ferie, malattia e alcuna direttiva programmatica strutturata con la continuità di assistenza tra ospedale e territorio. Con questo vuoto istituzionale, si capisce bene perché i giovani laureati non scelgano la medicina generale.

Non si dica del fondamentale lavoro clinico del medico di base, perché altrimenti non si spiegherebbe tutta l'immondizia burocratica che ci viene riversata addosso da tutti gli enti pubblici, perché è risaputo che il medico di base non fa un tubo da mane a sera. E se potevo sperare che non fosse così, ne è stata triste constatazione quanto successo a me, quando un mio paziente è venuto a riferirmi che il medico di PS si era rifiutato di compilare il certificato di infortunio INAIL con le testuali parole: se lo faccia fare dal suo medico perché, tanto, non fa un tubo (il tubo è eufemistico). Questo, la dice lunga anche su un'altra innegabile verità: i colleghi ospedalieri ci considerano medici di serie B, scarti del sistema e, per questo, paria da usare come scrivani fiorentini.

Per tutto questo è fondamentale riguadagnare l'autorevolezza del nostro lavoro e rimetterlo in piedi sul piedistallo che ha sempre avuto la medicina del territorio fino a qualche ventennio fa: il lavoro clinico, prima che i vari governi e sindacati ci abbiano trasformati nella barzelletta del medico della mutua compilatore di ricette e certificati: una specie di bidello, con tutto il rispetto per il personale non docente. Ma rimaniamo bidelli in un sistema scolastico fatiscente e decadente e divorato a grandi morsi dal privato, l'avvoltoio del portafogli. E tali resteremo, se non prossimi all'accattonaggio, perché il maggior sindacato e il sistema previdenziale temono la perdita dei propri privilegi, declamando ipocritamente che la convenzione sia la panacea di tutti i mali sorvolando su tutte le nefandezze che vediamo ormai da decenni: da quello che scrive la stampa di noi, alla fuga dei cittadini in pronto soccorso, alla comoda ignavia dei tanti che chiudono l'ambulatorio dopo tre ore di appuntamenti, (ce ne sono, abbiate fede) ai troppi disperati che sognano la pensione ad occhi aperti (ce ne sono, abbiate fede) e a tutti quei giovani medici che non credono più in questa professione. Per la gioia dell'avvoltoio privato che ci sta trasformando in tanti avidi gettonisti.

Partiamo da una rivoluzione culturale e di coscienza: lasciamo che i dinosauri del sindacato si estinguano e

mettiamo al centro della contrattazione e sul piatto della bilancia la nostra vocazione professionale, crediamoci tutti e non deleghiamo ad una rappresentanza sindacale incapace di capire e tutelare il nostro lavoro al di là di ogni gattopardiano privilegio. Diciamo chiaro e tondo a qualsiasi governo che il servizio sanitario nazionale siamo noi, con la nostra faccia e le nostre mani, e per questo vogliamo il ruolo che ci spetta: medici dipendenti e riconosciuti dal SSN. Non accattoni, non avvoltoi e nemmeno Guido Tersilli, medico della mutua. Stiamo raccogliendo quanto seminato, sindacalmente parlando, ma quando si raccoglie bisogna piegarsi. Una posizione pericolosa.

**Enzo Bozza**

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

# quotidiano**sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Medicina generale, prorogati al 30/9 i termini per i corsi di formazione 2023/26 e riaperta la graduatoria per i corsi 2022/25

***È quanto disposto dal Ministero della Salute, attraverso la Direzione generale delle Professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN, al fine di consentire la massima partecipazione dei medici.***

Proroga fino al 30 settembre 2023 dei termini per la presentazione delle domande al concorso per l'accesso ai corsi di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2023/2026. È quanto disposto dal Ministero della Salute, attraverso la Direzione generale delle Professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN, al fine di consentire la massima partecipazione dei medici.

L'avviso di proroga sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 29 agosto e sul portale del Ministero.

Inoltre, con Decreto del Ministro della Salute del 21 agosto, è stato riaperto fino al 30 novembre il termine di scorrimento delle graduatorie del concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2022/2025.

“È una notizia positiva, in quanto permetterà a più colleghi di iscriversi al prossimo triennio di Formazione Specifica in Medicina Generale, anche a coloro che nelle ultime settimane non avessero avuto modo di leggere la notizia dell'apertura delle iscrizioni, oppure ai colleghi che, non risultando vincitori della borsa SSM, volessero intraprendere la strada della Medicina Generale” commenta la Segretaria Nazionale di FIMMG Formazione, **Erika Schembri**.

“Auspichiamo tuttavia che questa proroga non provochi un posticipo della data stessa del concorso, attualmente prevista per il 30 di novembre, che ricordiamo essere già in ritardo rispetto al cronoprogramma previsto per legge” aggiunge Schembri.

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Vaccino Herpes Zoster. Nuovi dati Gsk dimostrano l'efficacia al 100% nella prevenzione dell'infezione in adulti di età pari o superiore a 50 anni in Cina

***Nessun caso di fuoco di Sant'Antonio (herpes zoster) segnalato tra i partecipanti che hanno ricevuto il vaccino ricombinante Zoster o RZV nello studio clinico randomizzato. I dati di sicurezza ed efficacia dello studio erano coerenti con gli studi cardine di fase III di GSK ZOE-50 e ZOE-70***

GSK ha annunciato i risultati positivi del primo studio di efficacia in assoluto sul proprio vaccino ricombinante Zoster o RZV in Cina. Questi risultati provengono dallo studio di fase IV post-licenza (ZOSTER-076), che ha valutato l'efficacia e la sicurezza di RZV nella prevenzione dell'herpes zoster negli adulti di età pari o superiore a 50 anni. Lo studio ha incluso quasi 6.000 partecipanti randomizzati 1:1 al gruppo RZV o placebo e seguiti in un disegno in cieco per l'osservatore. Nessun caso di herpes zoster è stato segnalato tra i partecipanti che hanno ricevuto RZV, rispetto ai 31 casi nel braccio placebo.

I risultati sono in linea con quelli degli studi cardine di fase III ZOE-50 e ZOE-70 che studiano l'efficacia e la sicurezza di RZV, mostrando che l'efficacia del vaccino è stata fino al 97% negli adulti di età pari o superiore a 50 anni, in un periodo di follow-up di circa quattro anni. Il profilo di sicurezza osservato in questo studio era coerente con il profilo di sicurezza stabilito del vaccino. I nuovi dati si aggiungono al crescente numero di prove che affermano l'efficacia e il profilo di sicurezza di RZV nella prevenzione dell'herpes zoster negli adulti di età pari o superiore a 50 anni.

A livello globale, il virus varicella zoster (VZV) è presente in oltre il 90% degli adulti. Il VZV rimane dormiente nel sistema nervoso, in attesa di riattivarsi come fuoco di Sant'Antonio con l'avanzare dell'età. La popolazione delle persone di età pari o superiore a 65 anni in Cina è in rapido aumento, con un aumento percentuale previsto dal 6,8% nel 2000 al 23,6% entro il 2050. Si stima che ci siano circa 6 milioni di casi di herpes zoster in Cina ogni anno, e questo numero dovrebbe aumentare in linea con l'invecchiamento della popolazione locale.

RZV è stato autorizzato per la prima volta in Cina nel 2019 per la prevenzione dell'herpes zoster negli adulti di età pari o superiore a 50 anni. Questo studio post-autorizzazione è stato intrapreso per soddisfare l'esigenza delle autorità di regolamentazione di valutare l'efficacia e la sicurezza del vaccino di due dosi di RZV per la prevenzione dell'herpes zoster in Cina. Lo studio dimostra ulteriormente l'efficacia di RZV nella prevenzione dell'herpes zoster negli adulti di età pari o superiore a 50 anni, indipendentemente da sesso, regione geografica e origine/etnia. I risultati di questo studio di fase IV saranno presentati per la pubblicazione in una rivista scientifica sottoposta a revisione paritaria entro la fine dell'anno.

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Se il dottor Guido Tersilli è ancora convenzionato con la Mutua

*Gentile Direttore,*

La Repubblica il 23 di agosto ha pubblicato [l'intervista](#) fatta ad un medico gettonista. Il medico descrive lo status di medico libero professionista simile a quello di una pedina versatile a qualsiasi ruolo e setting che si muove su una scacchiera fatta di pronto soccorsi ed eventi sportivi dando una connotazione alla professione medica dequalificante e disancorata dai valori e dai principi che portano migliaia di medici a lotte sindacali a giornate e notti passate trattare e discutere casi clinici. Tuttavia senza tralasciare la passione e la necessità di aggiornarsi ed imparare continuamente la disciplina di Esculapio.

Considerare un turno in pronto soccorso come un intermezzo tra due giornate sulle piste da sci riduce la considerazione della propria scelta professionale ha una occupazione lavorativa priva di empatia e responsabilità verso i pazienti, senza contare il dovere etico di essere nelle migliori condizioni psicofisiche per poter prestare la propria opera medica.

L'articolo è una vera e propria bomba atomica, su tutte le buone intenzioni che hanno i dirigenti medici e le direzioni generali, una devastazione delle regole del team building che sono alla base di una performance sanitaria efficace ed efficiente che si conclude con l'assistenza e la cura ai cittadini divenuti fragili per una patologia acuta o cronica. Essere medico non vuol dire scegliere i posti dove si lavora di meno o che hanno attrattive turistiche.

Nell'intervista si dipinge un vero e proprio paese dei balocchi che si trova al di là della laurea dove si può guadagnare molto lavorando poco e divertendosi. Nella lettura non si lascia respiro al recupero della dignità professionale facendo il paragone con le entrate economiche di un primario (si è troppo impegnati a contare i soldi per scoprire che il termine non esiste più) senza pensare che un medico deve attingere consigli ed insegnamenti da un direttore di struttura complessa e non confronti economici. Voglio credere ancora che esistano ragazze e ragazzi che una volta laureati non smettano di essere affamati di conoscenza e corrono notte giorno in pronto soccorsi o in corsie dove il concerto dei telefoni e dei campanelli non conosce una fine. Voglio credere che ci siano medici (anche i liberi professionisti) che desiderino confrontarsi con i colleghi ragionando sulle posologie, sulle procedure diagnostiche o chirurgiche.

Lavorare in un organizzazione sanitaria (pubblica e privata) vuol dire essere al servizio dei cittadini dentro un sistema complesso e talvolta complicato che nonostante tutto conferisce ancora ai medici la dignità della loro professione sottolineandone il ruolo sociale. Va ricordato che i "pronto soccorsi" non campano per i medici gettonisti ma per la una squadra silenziosa e laboriosa fatta di infermieri sempre pronti, di personale paramedico che risponde alle esigenze dei pazienti in barella e lontani da casa, di personale tecnico che permette che funzioni una radiologia, che si abbia un riscaldamento adeguato. Concludo citando anche i volontari che gratuitamente sono sulle ambulanze, trasportano pazienti a fare esami e visite, rispondono alle loro esigenze quando sono ricoverati.

Purtroppo il dottor Guido Tersilli è ancora convenzionato con la mutua.....

**Dr. Bruno Nicora**  
*palliative care physician ASL AL*

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Policy Brief Camerae Sanitatis - Verso una nuova gestione dell'epilessia come priorità di salute pubblica

***più fondi alla ricerca sull'epilessia, percorsi di cura chiari e fruibili per arrivare a diagnosi precoci, lotta allo stigma. Queste le riflessioni approfondite nel Policy Brief di Camerae Sanitatis realizzato dopo l'incontro sul tema. [IL POLICY BRIEF](#)***

L'epilessia è la seconda patologia cronica più diffusa al mondo e ad oggi i farmaci anticrisi curano il sintomo ma non la causa. Anche per questo la cura è una priorità a livello globale come dimostra il primo Action Plan a livello globale sull'epilessia (Global Action Plan for Epilepsy 2022-2031) ratificato dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS nel maggio 2022, con cui gli Stati membri si sono impegnati a fronteggiare le sfide e le lacune nella fornitura di cure e servizi per le persone con epilessia.

In Italia sono stati presentati diversi disegni di legge sul tema e c'è grande attesa da parte delle associazioni che chiedono di essere coinvolte nel processo di stesura. Tra gli obiettivi a lungo termine anche quello di abbattere i pazienti con farmacoresistenza, circa il 30% del totale, ma anche, sul fronte sociale, quello di garantire l'inserimento lavorativo. Resta il fatto che ad oggi solo quattro regioni hanno dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali completi: Lombardia, Veneto, Toscana ed Emilia Romagna. Tutto il resto d'Italia non ha un documento regionale per la cura dell'epilessia.

[Servono dunque più fondi alla ricerca sull'epilessia, percorsi di cura chiari e fruibili per arrivare a diagnosi precoci, lotta allo stigma. Queste le riflessioni approfondite nel Policy Brief di Camerae Sanitatis realizzato dopo l'incontro sul tema.](#)

***Camerae Sanitatis*** è il format editoriale multimediale nato dalla collaborazione tra l'Intergruppo parlamentare ***Scienza e Salute*** e ***SICS - Società Italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria***.

Luigi Bagnoli, presidente dell'Ordine

## “Sostituzioni, no ai medici a gettone e soprattutto al pronto soccorso”

« I medici a gettone non possono essere considerati una maniera accettabile di sostituire personale ospedaliero perché, soprattutto in un pronto soccorso, bisogna essere in contatto con tutti gli altri medici dell'ospedale, conoscerli e interagire da specialista». Così Luigi Bagnoli, presidente dell'Ordine dei medici di Bologna, spiega perché il “ gettonista” è la figura in questo momento più criticata della sanità pubblica, oggetto anche di una presa di posizione dei sindacati dei medici. Le sigle che rappresentano i medici hanno accolto con riserva l'idea dell'assessore Raffaele Donini di raccogliere le firme per chiedere più soldi per la sanità pubblica e hanno messo nero su bianco: « No ai gettonisti, spesso chiamati per assecondare richieste non sempre giustificabili per l'erogazione di una buona sanità». La figura del medico a gettone, su cui l'assessore Donini aveva usato parole molto nette ( « È nostra intenzione smettere entro il 2023 » aveva dichiarato lo scorso aprile) è meno diffusa in Emilia-Romagna rispetto ad altre regioni del Nord, ma comunque è presente in alcune province come Ferrara, Modena e Reggio Emilia. « Questa figura del “ gettonista” è legata soprattutto alle difficoltà che oggi ci sono per i medici del pronto soccorso - sostiene Bagnoli - perché è un lavoro molto impegnativo, costoso perché c'è bisogno di un'assicurazione importante e il calo dei medici ha portato a un aumento delle ore di lavoro di chi è rimasto. Inoltre gli specialisti dell'emergenza- urgenza non hanno altre sponde di attività libero- professionale. È una situazione oggettiva di grande sofferenza, ma la risposta deve essere trovata nell'eliminazione delle cause di questo disagio, non nella figura del medico a gettone».

Secondo Bagnoli, si tratta di « un errore grossolano » quello di chi compara gli stipendi di un gettonista e di un dipendente della sanità pubblica, perché il costo lordo di un lavoratore della sanità è molto più alto di quello che si riceve alla fine in busta paga. Secondo il presidente dell'Ordine dei medici, è la flessibilità, la possibilità di organizzare il proprio tempo, la cosa più ambita da chi decide di fare il medico a gettone. Ed è la stessa causa che si trova dietro le dimissioni dal pronto soccorso di molti medici che negli ultimi mesi hanno scelto ad esempio la carriera del medico di base.

« Non è solo un discorso economico, ma è legato a una serie di fattori di cui quello economico forse non è neanche il più importante dice Bagnoli - ma il lavoro del medico deve essere calato dentro l'ospedale, è un lavoro di squadra con altri reparti e con altri specialisti. Con i medici a gettone questo non è più percorribile e quindi non credo possa essere considerato una modalità accettabile».

— e. c.

**kPresidente Luigi Bagnoli presiede l'Ordine dei medici**

# “Linfomi, le cure qui sono gratis negli Usa costano milioni”

*L'ematologo Pier Luigi Zinzani tra i tre migliori scienziati al mondo nel suo campo*

**di Eleonora Capelli** «In questo momento abbiamo in sperimentazione tra i 70 e i 75 farmaci per la cura dei linfomi, si definiscono tecnicamente trial clinici e sono il futuro delle terapie per i tumori del sangue. La qualità di vita dei pazienti sta cambiando radicalmente, è un mondo che corre. Noi siamo allo stesso livello dei migliori centri di ricerca statunitensi e siamo un ospedale pubblico, questo è il nostro assoluto valore aggiunto, la nostra ricchezza». Il professor Pier Luigi Zinzani è finito sul podio: la classifica Expertscape stilata dai ricercatori dell'Università del North Carolina l'ha messo tra i primi tre scienziati al mondo per la cura dei linfomi. Il direttore del programma dipartimentale di diagnosi e terapie dei linfomi e delle sindromi linfoproliferative croniche presso l'Istituto di Ematologia e Oncologia medica “L. e A. Seragnoli” del Sant’Orsola, ha all’attivo oltre 700 pubblicazioni e negli ultimi anni si è occupato di farmaci intelligenti e innovativi, in particolare per i linfomi di Hodgkin e non Hodgkin.

**Professor Zinzani, perché è così importante la ricerca dei farmaci nella cura del tumore del sangue?**

«Intanto bisogna precisare che i linfomi non sono una malattia, ma un intero mondo. Ce ne sono una quarantina di diversi tipi e in questo settore la ricerca terapeutica è migliorata moltissimo.

Con lo sviluppo degli anticorpi monoclonali e delle terapie immunologiche, si ridurrà moltissimo nel prossimo futuro il ricorso alla chemioterapia. Lo studio sui farmaci antineoplastici da assumere per bocca fa capire bene a chiunque che parliamo di un mondo che corre. Essere al passo non è banale».

**Come potrebbe sintetizzare questa rivoluzione in atto nelle cure dei tumori del sangue?**

«È un vero sconvolgimento dell’approccio terapeutico, che mette insieme maggiore efficacia e minore tossicità. I farmaci di precisione oggi sono praticamente studiati in modo “sartoriale” sul singolo paziente: il Sant’Orsola è il secondo centro italiano per il numero di terapie con le cellule Car-T che sono esattamente realizzate prelevando i linfociti del paziente, ingegnerizzando le cellule e poi reinfondendole nel paziente stesso».

**Il Sant’Orsola si trova tra i primi 30 ospedali del mondo secondo la stessa classifica ed è il primo ospedale italiano: cosa significa per un ospedale pubblico questo tipo di riconoscimento?**

«Noi ci troviamo allo stesso livello di importantissimi centri statunitensi privati e questo significa che il pubblico può fare ricerca ai livelli più alti del mondo. Noi siamo molto fieri di questo perché, checché se ne dica, l'Italia ha uno dei migliori sistemi sanitari al mondo e noi lo dobbiamo difendere. Io ho girato nei cinque continenti e posso dire che è inestimabile il valore del fatto che il trapianto di cuore e di fegato siano gratuiti per chi li deve affrontare. Il prezzo per un paziente che negli Stati Uniti deve essere curato con le cellule Car T è un milione di dollari. È abbastanza intuitivo che non si tratta di una cosa alla portata di tutti».

**Lei ha all’attivo un’impressionante numero di pubblicazioni, i congressi cui partecipa sono moltissimi, questo implica che la ricerca che viene fatta al Sant’Orsola è nei network internazionali...**

«Da qui a fine anno nella mia agenda ci sono 32 congressi, in alcuni casi con il ruolo di “advisory board”, noi siamo al centro di un mondo che cambia».

**Chi è stato il suo maestro?**

«Il professor Sante Tura è stato per me un maestro, un secondo padre, un precursore nella ematologia, uno dei fondatori della scienza moderna.

Sono andato da lui da studente in medicina per chiedere di fare la mia tesi sui linfomi, da allora non ho mai smesso di studiare questo argomento».

**Ha mai ricevuto offerte dall'estero?**

«Sì, due o tre proposte concrete, non ho ritenuto opportuno accettare. Ho lavorato negli Stati Uniti all'inizio della mia carriera, ma nell'istituto di ematologia lavoriamo bene, siamo al livello dei centri statunitensi, la qualità della nostra vita è molto molto superiore. Qui ci sono tutte le condizioni per condurre una ricerca di alto livello».

**Lei oltre a essere un allievo del professor Tura è un grande maestro per i suoi studenti: cosa pensa delle potenzialità dei giovani medici?**

«Credo ci siano ragazzi bravi e preparati, anche se sono sempre di meno. Alcuni però ci sono, un gruppo in particolare dimostra grande curiosità e questo è essenziale. Io credo che servano due cose: curiosità e amore per quello che si fa. Quando ci sono queste cose, anche se lavori 12 ore al giorno non le senti. Il lavoro può diventare una missione, un elemento motivante per una vita intera e io personalmente consiglio il nostro lavoro, perché è meraviglioso».

Il professore del S. Orsola “ La ricerca è migliorata e i farmaci, per questi tumori, stanno riducendo il ricorso alla chemio”

**Sul podioLa classifica Expertscape dei ricercatori del North Carolina l'ha messo tra i primi tre al mondo per la cura dei linfomi**

La sanità

## Infermieri, la grande fuga Se ne sono andati in 240 e molti hanno scelto il sud

Le grandi dimissioni degli infermieri preoccupano l'Ausl. Circa la metà dei 240 lavoratori che nel 2022 hanno lasciato il posto in corsia, a Bologna, è costituito da personale che ha rassegnato le dimissioni volontarie per andare in ospedali del Sud, soprattutto in Campania. Anche nel 2023, il 60% delle uscite è costituito da dimissioni volontarie. Il percorso che portava molti lavoratori dal meridione negli ospedali della città si è invertito e ora si assiste a un vero "controesodo", le cui cause sono da ricercare soprattutto nel costo troppo alto delle case e della vita in generale sotto le Due Torri, secondo il presidente dell'Ordine degli infermieri, Pietro Giurdanella. « I grandi ospedali cittadini devono trovare appartamenti a prezzo calmierato per il personale - dice - Quando io ho cominciato a lavorare al Sant'Orsola, ormai molti anni fa, c'era un servizio foresteria che si occupava di questo. I canoni di affitto nel libero mercato sono fuori controllo e con lo stipendio di un infermiere qui è impossibile vivere».

La dinamica è già stata segnalata per gli insegnanti supplenti: in pochissimi hanno risposto alla chiamata perché a Bologna trovare una casa è impresa difficile e costosa.

Per l'Ausl di Bologna si prospetta ora un problema enorme da risolvere. Già in questi giorni è stato deciso l'accorpamento di alcuni reparti del Maggiore (la lungodegenza che fino al 1° ottobre è a Villa Erbosa e la terapia semintensiva del decimo piano) proprio per la mancanza di personale. I numeri del resto non lasciano dubbi. « Nel 2019 l'Ausl di Bologna contava 140 cessazioni di lavoro di personale infermieristico, nel 2022 quel numero è balzato a 240 - spiega il direttore sanitario Lorenzo Roti Di questi 240, 138 hanno rassegnato dimissioni volontarie per andare soprattutto verso la Campania. Nel 2023 proseguo lo stesso trend: il 60% delle uscite è costituito da dimissioni volontarie ». Nel frattempo i concorsi per infermieri vedono sempre meno candidati presentarsi all'appello.

«All'ultimo concorso per la prima volta il numero di idonei non ha superato le 280 unità - spiega ancora Roti - e il numero di 240 cessazioni, se messo a confronto con i 280 nuovi idonei, determina sicuramente una forte programmazione delle prossime attività».

All'ultimo concorso per infermieri, secondo i dati dell'Ausl, su 915 presenti alle prove, 819 sono stati ammessi all'orale, di cui 113 per l'Ausl di Imola, 302 per quella di Bologna, 300 per il Sant'Orsola e 104 per il Rizzoli. Di questi 302 per l'Ausl di Bologna, ne sono stati dichiarati idonei 280 e praticamente coprono appena i posti lasciati vuoti.

« C'è stata una scarsa capacità di programmare l'esigenza di infermieri e personale sanitario - commenta Giurdanella - ma oggi questo problema va messo al centro dell'agenda. Prima di tutto garantendo dei percorsi di studio di formazione specialistica. Poi bisogna assolutamente provvedere al tema degli alloggi ». Secondo Giurdanella, c'è una prova " empirica" del fatto che il " fattore - casa" è determinante. « Durante il Covid al Sant'Orsola abbiamo fatto arrivare centinaia di infermieri spiega - perché avevamo degli alberghi per ospitarli messi a disposizione dalla Fondazione Sant'Orsola. Senza la famiglia alle spalle oggi la scelta di lavorare a Bologna non si può più fare».

— e. c.

Anche nel 2023 il 60% delle uscite è frutto di dimissioni volontarie

**l'ospedale Al Maggiore sono stati accorpati alcuni reparti**

**In corsia Infermieri in un ospedale bolognese: secondo i dati dell'Ausl, 240 l'anno scorso se ne sono andati, e molti hanno scelto le regioni del sud. Stesso trend anche nel 2023: il 60% delle uscite è frutto di dimissioni volontarie**

Lunedì 28 AGOSTO 2023

## Al via la riforma del lavoro sportivo, ma manca ancora un decreto attuativo

***Saranno stabiliti a livello centrale e uniforme, le linee di indirizzo evitando disparità tra diverse discipline sportive e garantendo standard adeguati per la tutela della salute degli atleti e dei partecipanti. Per i Dipartimenti di Prevenzione delle 132 ASL ci sarà la possibilità di intervenire senza alcun dubbio interpretativo.***

Uno degli aspetti importanti introdotti dalla riforma approvata recentemente dal Governo per il lavoro sportivo, peraltro in vigore dal 1 luglio scorso, riguarda i controlli sanitari e l' idoneità psicofisica per gli atleti e i partecipanti alle attività sportive dilettantistiche. La normativa stabilisce che le regole per i controlli sanitari e l' idoneità psicofisica saranno definite da un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), ancora non emanato. Questo significa che saranno stabiliti a livello centrale e uniforme, le linee di indirizzo evitando disparità tra diverse discipline sportive e garantendo standard adeguati per la tutela della salute degli atleti e dei partecipanti. Per i Dipartimenti di Prevenzione delle 132 ASL ci sarà la possibilità di intervenire senza alcun dubbio interpretativo.

Secondo le nuove regole, infatti, chiunque venga inquadrato come lavoratore sportivo e presta quindi attività a titolo oneroso nel settore sportivo, viene considerato lavoratore subordinato ai sensi del D. Lgs 81/2008.

Tale inquadramento non si ritiene valido nei seguenti casi: a) la prestazione lavorativa è prevista solamente per una singola manifestazione sportiva o per più manifestazioni in un ristretto lasso di tempo; b) la prestazione lavorativa risulta essere continuativa, ma non prevede un orario di lavoro superiore a 8 ore settimanali, 5 giorni al mese o 30 giornate l'anno.

Per i lavoratori che non ricadono nella definizione di "lavoratore subordinato" o che esercitano la propria professione nell'ambito del dilettantismo, è prevista la presunzione di lavoro autonomo, nella forma della collaborazione coordinata e continuativa: per questo motivo vengono meno gli [obblighi formativi](#) e di [sorveglianza sanitaria](#) previsti dal D. Lgs 81/2008.

Questa presunzione risulta valida solamente se la durata delle prestazioni oggetto del contratto, pur avendo carattere continuativo, non supera le 18 ore settimanali, escluso il tempo dedicato alla partecipazione a manifestazioni sportive.

L'articolo 33 del D. Lgs 36/2021 prevede che i lavoratori sportivi debbano ottenere un certificato di idoneità psico-fisica rilasciato da un medico iscritto all'albo dei medici in medicina dello sport, e saranno comunque sottoposti a sorveglianza sanitaria effettuata dal [Medico Competente](#), sulla base dei rischi individuati.

Si è in attesa anche delle regole che riguardano i minorenni impegnati nelle attività sportive preannunciate dal medesimo D. Lgs. 36/2021 che andranno ad uniformarsi a quanto già previsto dalla nuova normativa in materia di tutela dei lavoratori minori di luglio 2023.

Saranno evitate, in tal modo, le ripercussioni giuridiche che potrebbero aversi sulla problematica delle tecnopatie emergenti. Infatti, se è prescritto che è fatto obbligo al datore di lavoro l'applicazione delle norme sulla tutela della salute sui luoghi di lavoro, sarà obbligo anche dello stesso datore di lavoro provvedere all'abbattimento possibile del rischio ed ai controlli sanitari periodici.

Si chiarirà, con il documento di cui si attende la formulazione e la pubblicazione, il dubbio sulla figura sanitaria professionale preposta alla valutazione dell'idoneità dell'atleta-lavoratore. Infatti, se è pur vero che la tutela della salute del lavoratore è deputata, dai dettati normativi, al Medico Competente, di contro, l'idoneità dell'atleta è di esclusiva competenza dello specialista in Medicina dello Sport (D.M. 18 febbraio 1992) determinando, pertanto, una possibile sovrapposizione di ruoli.

Citiamo, a tal proposito, come sottolineato dall'Osservatorio sulle Malattie Occupazionali ed Ambientali, OSMOA, dell'Università degli Studi di Salerno, il rischio "stress cronico" presente nella maggior parte delle singole discipline sportive soggette a tutela, che ben giustificherebbe il riconoscimento di un'eventuale malattia professionale. Nè va ignorato l'evento infortunistico, per un atleta in attività, che rappresenta la forma più immediata e "utile" di assistenza, al termine dell'attività agonistica. Saranno proprio le patologie da usura quelle che incideranno sulla sua vita sociale. Pertanto, sarà lecito attendersi in un prossimo futuro un significativo aumento di infortuni, quanto un notevole incremento delle denunce di malattie professionali.

***Domenico Della Porta***

*Referente nazionale Federsanità per la salute e sicurezza sul lavoro*

# Partenze e redistribuzioni il flop del piano migranti

## Dall'Italia appello alla Ue

*Dalla Tunisia alla Libia fino a Bruxelles, fallisce la politica diplomatica dell'esecutivo Meloni. I memorandum con Saied e Tripoli non danno risultati. In Europa ricollocamenti a rilento*

DI FABIO TONACCI E ALESSANDRA ZINITI

**ROMA — Non sta andando come la premier sperava. Tunisia, Libia, Europa: nella sua prima estate da presidente del Consiglio, Giorgia Meloni assiste allo sbriciolamento di quel muro invisibile anti-migranti che ha provato a issare a suon di memorandum, intese, vertici diplomatici e (mezze) promesse internazionali. A cominciare dall'accordo con il presidente Kaïs Saïed, che non più tardi di 43 giorni fa Meloni salutava così: «Abbiamo raggiunto un obiettivo molto importante. Siamo molto soddisfatti del memorandum, un altro passo avanti importante per la creazione di un partenariato con la Tunisia per affrontare in maniera integrata la crisi migratoria...». La realtà, invece, è che dopo la firma gli sbarchi provenienti dalla Tunisia sono aumentati del 38 per cento rispetto al periodo immediatamente precedente.**

La prima estate da premier è l'estate dei 63 barchini giunti a Lampedusa in un giorno solo, dei 4.000 profughi stipati nell'hotspot dell'isola, dei fermi amministrativi imposti alle navi umanitarie perché salvano naufraghi anche senza la richiesta specifica del Centro soccorsi di Roma, dei 500 migranti di Trieste giunti sulla rotta balcanica e lasciati a dormire per strada, del caos dell'accoglienza. Di centinaia di sindaci, anche di Lega e Fratelli d'Italia, che si lamentano col governo.

*La Tunisia, dicevamo. La grande maggioranza degli arrivi via mare in questi giorni sono barchini e gommoni che salpano da Sfax e dalle coste limitrofe. Che ne è dell'impegno di Saïed promesso alla premier italiana e alla presidente della Commissione Ue Ursula von der Leyen? Secondo il memorandum, fortemente voluto proprio da Meloni, una parte consistente dei milioni di Bruxelles alla Tunisia (105 secondo il sito di informazione Euractiv) è stata data per «il governo dei flussi migratori», intendendo il controllo delle partenze e il ritorno degli irregolari rintracciati in Europa che non hanno diritto all'asilo. A stare alle cifre ufficiali analizzate dal ricercatore dell'Ispi Matteo Villa, tuttavia, per Saïed il memorandum è poco più di un pezzo di carta: sono 17.352 gli arrivi dalla Tunisia nelle cinque settimane prima del memorandum, che salgono a 23.907 nelle cinque settimane successive. Di fatto la guardia costiera tunisina, che dispone anche delle motovedette donate dall'Italia, si limita a pattugliare il litorale.*

*Non si può dire che vada meglio con l'altro memorandum blocca- partenze, quello con la Libia. Anche il governo Meloni lo ha riconfermato (è in vigore da sei anni) alle stesse condizioni precedenti, tra cui l'assicurazione alle organizzazioni umanitarie di poter accedere ai centri di detenzione ufficiali di Tripoli per prestare aiuto. Di più: il ministro dell'Interno Matteo Piantedosi nel dicembre scorso ribadiva a Repubblica la volontà di attuare una politica «che possa portare allo svuotamento e alla chiusura dei centri». Che però sono ancora tutti aperti, non si muove niente nel senso auspicato da Piantedosi, anzi: per la prima volta dal 2016 Medici Senza Frontiere ha annunciato la decisione di abbandonare le attività mediche all'interno dei campi di detenzione, a causa di difficoltà nell'accesso e di «una sempre più complicata situazione in Libia per le organizzazioni internazionali». E l'Europa? Dov'è, infine, quel «risultato storico» sbandierato a giugno da Meloni e Piantedosi a proposito del nuovo Patto europeo sull'immigrazione e sull'asilo? È rimasto appeso al rifiuto di Polonia e Ungheria di accettare qualsiasi forma di solidarietà obbligatoria. A sentire le dichiarazioni di queste ore dei ministri italiani, l'accordo è ancora in stand-by e non si sa se e quando sarà votato. «C'è un peggioramento della situazione internazionale che spinge le persone ad andare via dall'Africa », ammette il vicepremier e ministro degli Esteri Antonio Tajani. «Stiamo intervenendo ma serve un'azione Ue come ha chiesto da Mattarella». Stesso messaggio del ministro Adolfo Urso: «L'Europa deve capire che l'Italia non può essere lasciata da sola davanti a questo fenomeno straordinario».*

Eppure l'unico strumento attualmente operativo in ambito europeo che potrebbe dare uno sfogo, seppur limitato, all'ingolfato sistema di accoglienza italiano, ossia la redistribuzione volontaria tra Stati, pare snobbato dal nostro governo. L'intesa sulla redistribuzione è stata firmata da 15 Paesi Ue e 4 Paesi non Schengen. In vigore da giugno 2022, prevede il ricollocamento di 8 mila richiedenti asilo presi dagli Stati di primo approdo, come appunto l'Italia e la Grecia. Sinora ne sono stati ricollocati 2.548. E di questi solo 1.076 dall'Italia.

©RIPRODUZIONERISERVATA

Gli sbarchi sono aumentati del 38% dopo la firma delle intese con i Paesi nord africani

Tajani: ora iniziativa continentale

### **Al porto**

Migranti soccorsi dalla guardia costiera sbarcano a Roccella Jonica

Intervista al direttore Caritas

## Don Pagnello

# “Il governo sbaglia Ora servono soluzioni condivise”

DI IACOPO SCARAMUZZI

«Sono ore difficili, dobbiamo essere bravi con il pronto soccorso ma allo stesso tempo preparare anche i reparti di degenza per il futuro». Don Marco Pagnello, direttore della Caritas italiana, chiede che si esca da una «logica di emergenza». E suggerisce allo Stato di potenziare i flussi regolari di immigrati.

### **Il sistema dell'accoglienza è in affanno, come segnalano molti sindaci e prefetti. La Chiesa come è coinvolta?**

«Siamo in prima linea, in tutte le nostre strutture accogliamo complessivamente 20mila persone. Il vero problema è che dobbiamo uscire dalla logica dell'emergenza.

Capisco che a volte sia funzionale a dare risposte veloci, ma è arrivato il momento di sederci attorno a un tavolo, il Governo, i Comuni, le Regioni, noi e tutte le reti nazionali che sono pronte a fare la propria parte, per affrontare il problema insieme. Ci sono strutture in Italia dove si potrebbe accogliere qualche migrante in più, ma se non c'è condivisione del progetto da parte del Comune che li dovrà ricevere, della Regione che dovrà facilitare la cosa, delle forze dell'ordine equant'altro, quei posti rimarranno sempre inoccupati».

### **Il decreto Cutro ha previsto che nel sistema di accoglienza diffusa possano andare solo i rifugiati, e non i richiedenti asilo, destinati ai Cas (centri di accoglienza straordinaria) ormai saturi .**

«La soluzione non è lasciare un migrante sospeso per mesi, a volte anni, senza dirgli se può rimanere o no. Lascia la struttura del Cas ma va a occupare posti nei centri di prima accoglienza, creando il malessere sociale che purtroppo vediamo. Noi non ci tiriamo indietro, non lo abbiamo mai fatto, ma vogliamo metterci a fianco del Governo, di ogni governo, per provare a costruire un modello diverso di accoglienza e integrazione. Se è vero, come è vero, che l'Italia ha bisogno di manodopera, credo che si tratti di studiare nuove formule per avere più flussi di ingresso, ad esempio tramite i corridoi umanitari, lavorativi, universitari».

### **Eppure i corridoi organizzati da Cei, comunità di Sant'Egidio, valdesi sono una goccia nel mare.**

«Bisogna potenziarli, immaginarne anche organizzati dallo Stato. Lo Stato sta impegnando tante risorse sull'accoglienza, con l'impegno della guardia costiera, le prefetture, le forze dell'ordine, tutto il sistema di accoglienza. Adesso è il momento di domandarsi: con tutte queste risorse cosa possiamo fare? Ci sono situazioni urgenti, che da solo il Governo e nessuno di noi può affrontare: forse insieme possiamo fare qualcosa, sperimentare almeno vie nuove».

### **Il governo ha annunciato che ci sarà un decreto flussi da 450milaingressi in tre anni. Ma come permettere che domanda e offerta di lavoro si incontrino?**

«Bisogna lavorare bene con i Paesi che stanno dall'altra parte del Mediterraneo, affinché non siano custodi di pseudo centri di accoglienza ma partner in meccanismi tesi a individuare le persone che vogliono venire a lavorare in Italia. Per alcuni lavori, come quello della badante, serve poi una formazione appena arrivano, ad esempio l'insegnamento della lingua italiana».

### **Gli accordi con la Libia e la Tunisia non sembrano fermare le partenze, e presentano un problema umanitario: il Papa ha più volte parlato di lager in cui sono rinchiusi i migranti.**

«Sono inefficaci: se continuano a esserci sbarchi vuol dire che qualcosa che non funziona. Se pensiamo che l'unica soluzione per arginare questo fenomeno sia costruire dei centri di accoglienza e pagare qualcuno alla porta per non fare uscire le persone, non risolviamo niente. Sappiamo che la forza della disperazione, la fame, la voglia di vivere ti porta a fare di tutto».

©RIPRODUZIONERISERVATAF

Gli accordi per arginare le partenze sono inefficaci, si investa sui corridoi

g

**CARITAS**

Don marco pagnello, 52 anni

Il retroscena

# Appelli alla linea dura sull'emergenza sbarchi la strategia di Salvini per indebolire Meloni

*La premier: "Leghista sleale". I timori di un calo dei consensi: sui social la campagna anti-Fdl che parla di "fallimento". L'idea di sentire Von der Leyen*

DI TOMMASO CIRIACO

**ROMA — Il paradosso che fa infuriare Palazzo Chigi si chiama Matteo Salvini. È stato lui a scegliere il ministro dell'Interno. Ed è sempre lui ad avere in mano la Guardia Costiera. Ciononostante, ha lanciato nelle ultime ore un'offensiva sul nodo dei migranti con un obiettivo politico chiaro: Giorgia Meloni. A lei chiede decreti sicurezza durissimi, anche a costo di provocare uno scontro con il Quirinale che la presidente del Consiglio vuole a tutti i costi evitare. E sempre a lei guarda, quando rilancia sull'emergenza sbarchi immaginando di colpirla nel consenso. La leader soffre questa situazione. Invita i suoi a mantenere la calma. E nel frattempo si sfoga con i fedelissimi, usando per l'alleato un concetto già scelto per la vicenda del generale Vannacci: «Slealtà».**

Oggi si torna a fare sul serio. È convocato il primo consiglio dei ministri dopo la ripresa. Quasi certamente prenderà la parola Matteo Piantedosi. Parlerà di "emergenza", perché lo scorso week end a Lampedusa e sul resto delle coste italiane è stato il peggiore da molti mesi. E perché l'esecutivo ha già sancito, appunto, lo stato d'emergenza. Fotograferà una situazione al limite. Porterà i numeri del 2023 e prometterà una stretta con nuovi decreti sicurezza a settembre e una nuova battaglia in Europa. A quel punto, dovrebbe prendere la parola Meloni. Non negherà la necessità di "un segnale", quello appunto dei nuovi provvedimenti restrittivi, necessari per offrire all'opinione pubblica di destra delusa e preoccupata qualcosa di concreto. Subito dopo, però, insisterà sulla linea già stabilita da mesi. Dialogo con i Paesi del Nord Africa, a partire da Tunisia e Libia, non escludendo nuove missioni a Tunisi e Tripoli. Tra le iniziative valutate in queste ore, poi, c'è anche una mossa diplomatica: un contatto con la presidente della Commissione Ue Ursula von der Leyen e, forse, una nuova missiva per segnalare la "gravità" della situazione e la necessità di un'azione concordata con i partner per contenere le partenze. La verità è che Meloni — che parlerà di migranti anche nella prossima missione ad Atene, slittata a giovedì prossimo — si trova alle prese con un problema enorme. Ogni slogan o promessa del passato, resi eterni dai social, le ritornano indietro con la stessa forza, ammaccandone l'immagine. Al momento, i sondaggi di Palazzo Chigi non segnalano clamorose flessioni di consenso, perché di norma questo tema è cavalcato dalle destre e subito dalla sinistra. Ma i consulenti della premier hanno già segnalato un rischio, nel medio periodo: un fallimento nella gestione del fenomeno potrebbe generare un crollo di fiducia sulle capacità della leader di portare avanti l'azione del governo anche in altri campi. C'è un dettaglio che preoccupa. Da quattro settimane sui social si fa largo una campagna contro Meloni proprio su migranti e benzina, che porta avanti essenzialmente un concetto: «Fallimento». Un messaggio che ha iniziato a fare breccia anche nella galassia digitale vicina a Fdl.

Nessuno, d'altra parte, può negare il problema. Semmai, c'è qualcuno che pensa di cavalcarlo. Il primo è come detto Salvini, che ha iniziato a premere per interventi più radicali. Ritiene di doversi mostrare aggressivo sul dossier, schiacciando Meloni su una posizione scomoda.

La posizione più delicata è però quella di Piantedosi. Il ministro voluto dal leader leghista porterà il pacchetto di nuove norme a settembre. L'indicazione arrivata da Alfredo Mantovano, che ha lavorato quasi tutta l'estate a Roma, è di fare attenzione a non sfidare nuovamente il giudizio del Colle. Su alcuni principi costituzionali e sulle garanzie stabilite dai trattati internazionali, infatti, il Quirinale non farà sconti. E Meloni si è impegnata con il Capo dello Stato a evitare strappi.

«L'Europa deve intervenire», ha chiesto ieri da Lampedusa il ministro Adolfo Urso. A dire il vero, la riforma sul diritto d'asilo non è detto che veda la luce prima della fine della legislatura europea, ormai agli sgoccioli. In ogni caso, non servirebbe a risolvere il problema degli sbarchi. Sarà un tema di campagna elettorale delle Europee. E potrebbe favorire le destre, soprattutto quella francese di Marine Le Pen. Forse quella spagnola. Difficile che aiuti invece l'ala sovranista e conservatrice in Italia: a governare — senza riuscire a gestire il dossier e anzi accumulando numeri che non si vedevano da anni — è proprio la destra di Meloni.

©RIPRODUZIONERISERVATA

**Al Viminale Matteo Piantedosi**

# Il governo a caccia di 5 miliardi si punta al taglio dei bonus fiscali

*Le risorse per la legge di Bilancio potrebbero arrivare dalla revisione delle 626 agevolazioni che valgono 82 miliardi. Il compito affidato dal viceministro Leo a una commissione di esperti. In alternativa, riduzione solo per i redditi medio-alti*

DI VALENTINA CONTE

**ROMA — Si fa presto a dire: «Diamo una bella potatura agli sconti fiscali per finanziare il taglio delle tasse», come promette da mesi il viceministro all'Economia Maurizio Leo. Poi, al momento di prendere in mano le forbici ogni governo spegne gli entusiasmi. E anzi alla fine non c'è esecutivo che non allunghi la lista degli sconticini a questo e quello. Ma di fronte a una manovra da 25-30 miliardi così difficile da coprire – come quella che oggi plana informalmente sul tavolo del Consiglio dei ministri – il tema verrà riproposto. Perché quello dei bonus fiscali è un bacino molto ricco a cui attingere: vale il 4% del Pil.**

*Dice l'ultimo dossier dei tecnici del Senato, pubblicato a luglio, che dal 2016 al 2022 gli sconti fiscali sono cresciuti in modo costante e inesorabile (+40%). Ad oggi si contano 740 agevolazioni per un totale di 125,6 miliardi: una cifra che significa meno tasse per il cittadino beneficiario, ma anche meno gettito e quindi costo per lo Stato. Trascurando le agevolazioni proprie di Comuni e Regioni, siamo a 626 sconti che valgono 82 miliardi. È questo il mare magnum in cui il governo Meloni vorrebbe affondare la scure per recuperare almeno 4-5 miliardi e così finanziare il taglio dell'Irpef.*

Qual è però il problema? Togliere o ridurre un bonus, una detrazione, un credito fiscale a chi ne ha beneficiato fin qui – famiglie o imprese – significa di fatto aumentargli le tasse. E questo governo di destra tutto vuole tranne che passare per l'esecutivo che ha alzato le tasse agli italiani. Un nodo di non facile soluzione.

Primo perché, come scrive la Commissione sulle spese fiscali che ogni anno radiografa questi bonus, dietro ogni sconto c'è «un prevalente uso per finalità politiche e di scambio con i gruppi di interesse». Secondo perché, come si legge nel dossier del Senato, lo Stato spende e spande ma neanche conosce bene a chi vanno i soldi che stanziava: «Per quasi l'80% delle misure è difficile svolgere analisi complete. Il 30% non è quantificabile o ha effetti trascurabili».

Quando quindi si citano quegli 82 miliardi da sfolire in realtà si parla di una cifra per difetto. Perché molti sconti hanno un padre – lo Stato – ma non un volto: non si sa a quante persone finiscono e per quali importi. «Il decisore politico – scrivono i tecnici del Senato – viene così privato di un elemento informativo indispensabile (il costo della misura) per poter svolgere valutazioni in merito».

Quello che si sa delle agevolazioni monitorate è che spesso si disperdono in rivoli, sminuzzate tra pochi contribuenti che prendono molto e molti che prendono poco. Quasi il 60% degli sconti riguarda gruppi con meno di 30 mila soggetti. Cosa togliere quindi e a chi? La scelta non è facile anche perché il governo ha dichiarato, nella sua delega fiscale (la cornice della riforma del fisco), che non toccherà i bonus per figli, casa, salute, istruzione, previdenza complementare, risparmio energetico, riduzione del rischio sismico. Un gruppone di sconti «piuttosto rilevante», osserva Bankitalia. Fuori da questo perimetro rimane l'insidia di farsi molti nemici e recuperare pochi denari.

Compito di trovare una soluzione spetta ad una delle 13 commissioni (con mille esperti) volute dal viceministro Leo per scrivere i decreti attuativi della delega fiscale. L'idea che prende corpo – la più facile – è di tagliare in modo orizzontale. E quindi non togliere uno o più sconti, ma di abbassarli tutti ai redditi più alti. Oggi il décalage inizia dai 120 mila e finisce ai 240 mila euro lordi. Potrebbe iniziare prima, ad esempio dai 60 mila. Rischioso, perché lì c'è parte di quel ceto medio che guarda con attenzione al governo di destra.

©RIPRODUZIONERISERVATA

Ma per quasi l'80 per cento degli sconti è difficile svolgere analisi complete

**jViceministroll viceministro all'Economia, Maurizio Leo, insieme a Giorgia Meloni Da tempo Leo sostiene che serve una potatura agli sconti fiscali per finanziare il taglio delle tasse**

# “Cara ragazza di Palermo ti capisco perché mia figlia ha vissuto lo stesso calvario Ma preparati: ora sei sola”

*“Esperienze così dolorose spezzano la vita in due: si finisce per essere prigioniera delle proprie paure e degli psicofarmaci”*

*La lettera del padre della vittima di Capodanno a Roma*

*Quella che segue è una lettera scritta dal padre della ragazza vittima dello stupro di Capodanno a Roma alla 19enne violentata dal branco a inizio luglio a Palermo*

Cara ragazza, anonima, di Palermo, sono il padre della vittima del noto “stupro di Capodanno” di Roma, e scrivo per appoggiarti. Devi reagire contro chi, sui social, ha farneticato che a «una come te» è «normale» che capiti. Ma ti scrivo anche per avvertirti: sei sola, perché gli altri non comprendono. Vittima di uno stupro di gruppo? La gente non capisce. Prendo quindi la penna, sei tu che mi hai dato il coraggio. Scrivo per spiegare anche per te a tutti — a ognuno di noi se pensa «ma in fondo se l'è voluta» — il calvario di un essere spezzato nella sua dignità. I legali sconsigliano questa testimonianza inutile al processo, ma non abbiamo scelto di denunciare per dei vantaggi — magari economici — che non ci saranno se gli imputati non sono attori di Hollywood. Il prezzo da pagare a esporsi in un processo per stupro è enormemente superiore a ogni possibile vantaggio personale: si fa per le figlie e i figli di tutti gli altri, in un mondo che consiglia il silenzio perché è una macchia essere vittime. Anche questo è uno stupro collettivo, e tu che ti sei esposta un po' di più probabilmente lo sai. Mia figlia aveva 16 anni quando è stata drogata e stuprata da almeno cinque individui. È inequivocabile, il referto ospedaliero certifica gravi lesioni. Ma per noi, come temo sarà anche per te, l'evidenza non basta: il gioco processuale sarà a dimostrare che tu, come lei, volevate esattamente quello che vi è successo. Uno stupro è un puzzle di tradimenti, e dobbiamo raccontare a tutti cosa significano nel quotidiano: il tradimento di chi ti usa come un oggetto e poi il tradimento di chi vede in te, vittima che ha deciso esporsi per tutti, una scocciatura di cui sbarazzarsi così come eri solo un contenitore usa e getta di sperma.

Pensavi di aver lasciato tua figlia minorenni in un luogo sicuro, dalla famiglia della sua migliore amica. Non immagini che l'adulto a cui l'hai affidata, senza avvisarti, la porta a una “festa” proibita in tempo di covid. Finché piomba una chiamata da una caserma dei carabinieri, prendi la macchina e corri oltre i limiti di velocità — multatemi se volete — e varchi quel portone di ferro per trovare un esserino annichilito, prostrato dall'enormità del sopruso. La abbracci ma senti che non c'è, è in una bolla tutta interna di sofferenza. La lasci alle deposizioni, dolorose ma necessarie. E ringrazio di nuovo l'Arma dei carabinieri — tutti quei militari, ma quanto è stato fondamentale ammettere a servire come Carabinieri anche delle donne! — per la delicatezza mostrata verso un essere spezzato.

Poi cerchi di circondarla di affetto e sostegno senza capire qualcosa di misterioso che disperatamente cerca: smentire a sé stessa l'evidenza. Non è possibile, sono i miei amici! non mi hanno abbandonata agli stupratori, non mi hanno filmata mentre abusavano di me, non hanno mandato whatsapp di insulto perché erano stati chiamati a deporre! Non hanno davvero riso quando qualcuno sbandierava come un trofeo la maglietta sporca del mio sangue. Ma poi la verità piomba come un martello.

Arrivano le fobie: mia figlia, cara ragazza di Palermo, è una tua coetanea normale, ma non riesce a entrare in un centro commerciale e corre di nuovo in casa perché si sente addosso tutti gli sguardi. I suoi amici non capiscono perché non accetta mai di andare a casa di qualcuno, ma si può raccontare cosa le è successo l'ultima volta che l'ha fatto? È una sé stessa che sa benissimo come tutto questo sia irrazionale ma è costretta a venire a patti con una sé stessa condizionata dal trauma. Servono i medici: “Stress post traumatico”, è ovvio, ma in quali fragilità si evolve non è scontato. Ancora meno lo sono le soluzioni: e allora si tenta un tipo di terapia e poi un'altra e una ragazzina deve sperimentare l'Efexor, il Prozac o il litio; la terapia risolutiva per l'ansia di una persona consapevole non è stata trovata. Il disagio dissimulato viene fuori per vie traverse: il profitto scolastico diventa un'altalena, come il suo peso, con oscillazioni fino a 12 chili in pochi mesi, per una ragazzina che ti chiede se sarà mai più capace di avere fiducia in un uomo, amarlo, costruire con lui una famiglia.

Si dorme come i cetacei con mezzo emisfero cerebrale sveglio: nei momenti più bui mia figlia aveva evocato il desiderio di farla finita, e la notte si sente più sola; lo sai che ha fissato il vuoto dalla finestra come una tentazione. E poi gli psicofarmaci e il loro

suadente stordimento — Comfortably Numb direbbero i Pink Floyd — sono un canto della sirena troppo forte davanti al logorio incessante dell'anima, e si deve vigilare che non ne prenda 10 invece di 2 di pillole; non lo fa, ma il dubbio ti tortura. Conquista la Maturità e anzi la competitiva ammissione a un collegio universitario di merito. Vuole studiare anche per proteggere altri da quello che è successo a lei: sceglie giurisprudenza, per diventare Procuratore. Ma la prima notte nel collegio, da sola fra estranei, la riassume la paura paralizzante. Ora non c'è scelta: ospedale psichiatrico. Duri mesi iper-medicata, ma è forte. Chiede di essere non solo una paziente ma anche una collaboratrice: impara molto e termina la degenza. Ormai l'anno accademico è perso, e vuole imparare di più: entra volontaria in un rifugio per donne vittime di violenza. Così la mia laurea in giurisprudenza avrà un altro significato. Così sarò un buon Procuratore!

Poi il processo: una dura deposizione, ma nulla in confronto alla crudeltà delle testimonianze degli "amici". Se la tua denuncia li espone, fa scoprire uno spaccio gestito da giovani di buona famiglia, sei scomoda. Meglio minimizzare, ovvio: così, quelli che l'avevano portata dai Carabinieri in seguito a un'ovvia violenza, dichiarano che sembrava consenziente. Quelli delle droghe, compresa la "sigaretta bagnata" che l'ha stordita, depongono che il suo sport abituale era avere rapporti multipli. Mi chiede, ingenua, come possono inventarsi i facili costumi, visto che non li vedeva da un anno e proprio quello del lockdown? Gli stupratori — con la coerenza dei vigliacchi — non scelgono la ragazza più "provocante", ma quella più indifesa.

Ti siamo vicini, ora che tutto dipende dalla Giustizia. Quanto vale una sentenza? Quale futuro avrà la ragazzina che vuol fare il Procuratore per difendere le altre vittime? E quale messaggio riceverai tu, dopo esserti esposta sui social a nome di tutte, se invece di una decisione che riconosce il vostro coraggio di denunciare, avrete una formula che, in linguaggio giurisprudenziale, significa "facevi meglio a stare zitta, rompicoglioni"?

#### ©RIPRODUZIONERISERVATAf

Chi ha subito una violenza e denuncia paga due volte: perché la gente non capisce

**gf**

Lo stupro è un puzzle di tradimenti: di chi ti usa come un oggetto e di chi non vuole essere coinvolto

**g**

#### **Primavalle**

La foto della festa di Capodanno a Primavalle, Roma, dove una 16enne subì uno stupro di gruppo

#### **Vucciria**

Un frame delle telecamere mostra la 19enne abbordata alla Vucciria trascinata via dai suoi aguzzini

## LA SOCIETÀ CIVILE

# Sui social migliaia di messaggi di solidarietà per la ragazza violentata dal branco: «Grazie per il tuo coraggio»

---

Ieri sera a Palermo anche una nuova manifestazione dell'associazione «Non una di meno» nelle strade della movida

Di **Redazione** | 27 Agosto 2023

Sui social è diventata “la ragazza di Palermo”. E sono migliaia i messaggi sui social per lei: la vicenda della 19enne violentata da 7 ragazzi a Palermo, a luglio scorso, continua a mobilitare la società civile, con manifestazioni di solidarietà in città.

I profili social della giovane sono presi d'assalto da coetanei, ma anche da adulti che la incitano a non scoraggiarsi, le manifestano affetto e la ringraziano per il coraggio dimostrato nel denunciare gli stupratori che, grazie al suo racconto, sono tutti in carcere.

Per approfondire:

**Stupro di Palermo, la vittima sui social: “Avete rotto, non giudicate una stuprata”. Si indaga sui video della violenza**



### La manifestazione

Ieri sera a Palermo c'è stata una nuova manifestazione nelle strade della movida, organizzata dall'associazione Non una di meno. Un corteo ha attraversato le strade del centro del capoluogo. «Una marea rumorosa e impetuosa sta agitando le strade della città. Una nuova e immediata risposta allo stato attuale in cui vediamo il patriarcato insinuarsi velocemente e in maniera sempre più pervasiva in ogni sfera delle nostre esistenze, in ogni parte della società, in ogni quartiere della città – dicono le organizzatrici – Non esiste lotta anti-patriarcale che non sia lotta anticapitalista. Non esiste lotta anti-patriarcale che non tenga conto della narrazione tossica e classista della violenza di genere».

---

Per approfondire:

**Violenza di gruppo, sei arrestati trasferiti dal Pagliarelli**



## Le frasi

La vittima, che è anche seguita costantemente dai carabinieri che hanno raccolto la sua denuncia, nel suo profilo ieri ha risposto a chi la criticava per i video postati su TikTok che la ritraggono in costume da bagno.

«Sinceramente sono stanca di essere educata quindi ve lo dico in francese, mi avete rotto con cose del tipo: “ah ma fa i video su tik tok con delle canzoni oscene, “è normale che poi le succede questo”, oppure “ma certo per come si veste”», ha scritto. E ancora: «Me ne dovrei fregare, ma non lo dico per me, di non sparare stronzate più che altro se andate a scrivere cose del genere a ragazze a cui succedono cose come me e fanno post come me potrebbero ammazzarsi».

Per approfondire:

**Stupro di gruppo, bugie e frasi shock del minore tornato in carcere: «E' svenuta più volte, troppi “cianchi” cumpa'»**



La ragazza ha pubblicato le frasi la notte scorsa insieme a uno screenshot tratto dal sito del Garante della Privacy in cui si spiega cosa sia il revenge porn e cosa rischi chi diffonde video o immagini sessualmente esplicite di qualcuno senza il suo consenso. Il riferimento, probabilmente, è al filmato dello stupro, girato dal più grande dei ragazzi che hanno abusato di lei, Angelo Flores.

COPYRIGHT LASICILIA.IT © RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le polemiche

# “DEDICATA A TE” MA NON A TUTTI: IN SICILIA IL 50% DELLE CARTE TRA PALERMO E CATANIA

Fabiana Mascolino

lunedì 28 Agosto 2023



**Mancano meno di 20 giorni per attivare “Dedicata a te”, la social card da 382,50 euro per l’acquisto di generi alimentari di prima necessità, incentivata dal Masaf. Ridotto all’osso il reddito di cittadinanza, sono quasi passati due mesi dalla presentazione del nuovo aiuto ideato per supportare i nuclei familiari a basso reddito.**

La misura riguarda **una platea di 1,3 mln di famiglie** ed è prevista dalla legge di Bilancio, con l’istituzione di un fondo specifico di **500 milioni di euro**. La carta dà anche la possibilità di acquistare prodotti scontati fino al 15% nei negozi, nei supermercati e nei punti vendita in generale, aderenti all’iniziativa.



**La distribuzione delle carte agli uffici postali è partita il 17 luglio.** Come sottolineato dal **ministro Lollobrigida** sono “*oltre un milione su 1,3 le tessere della card ‘Dedicata a te’ consegnate al 25 agosto*” mentre sono “*più di 900 mila le carte già attivate, con operazioni di pagamento pari a 7,8 milioni di euro*”. Scaduto il **termine del 15 settembre**, come specificato dall’esponente del Governo Meloni “*dopo quella data, i fondi delle carte non attivate saranno ripartiti tra gli altri beneficiari*”.

Dopo la pubblicazione delle graduatorie finali dei beneficiari a luglio, restano **ancora disponibili e da assegnare** altre **5.520 carte**. A renderlo noto è stata l'Inps attraverso una circolare del 24 agosto, che ha pubblicato anche **l'elenco dei 638 Comuni interessati**.

## COME OTTENERE "DEDICATA A TE"

A poterne beneficiare non saranno single e famiglie monogenitoriali ma solo **famiglie composte da almeno tre membri residenti in Italia** e in possesso di una **certificazione Isee valida che non superi i 15mila euro**.

**Esclusi** dalla carta acquisti sono tutti i percettori del reddito di cittadinanza, di inclusione, di indennità come Naspi, Dis Coll, CIG e indennità di mobilità, beneficiari di qualsiasi altra forma di integrazione salariale statale o sostegno in caso di disoccupazione involontaria.

**All'Inps** è stato affidato il compito di **identificare gli idonei e informare i Comuni** di competenza. I beneficiari potranno **ritirare la carta negli uffici postali** e usare i 382,50 euro, una sola volta, solo per beni alimentari di prima necessità.



## IN SICILIA

**All'Isola sono state destinate 205.391 social card**, di cui circa la metà saranno distribuite nelle sole provincie di **Palermo** e **Catania**: sono, infatti, rispettivamente **50.417** e **48.109**. Per quanto riguarda le altre provincie: **21.735 a Messina**, **20.880 ad Agrigento**, **18.738 a Trapani**, **15.869 a Siracusa**, **11.913 Caltanissetta**, **10.554 a Ragusa** e **7.176 a Enna**. Il tutto per una **cifra totale di circa 78,5 mln**.

**Le città di Palermo e Catania rientrano nella top 5 dei Comuni maggiormente coinvolti**. Dopo Napoli e Roma, rispettivamente prima e seconda, ad occupare il **terzo gradino del podio** è il **capoluogo siciliano, con 20.309 carte**. **Al quinto posto, con 11.746 carte, Catania**. A dividere le due maggiori città dell'Isola Milano. **Poco più in basso spiccano Messina con 6.173, Marsala con 3.891, Gela con 3.462 e Siracusa con 3.457**.

**Tra l'elenco dei 638 Comuni ne sono presenti anche alcuni siciliani:**

- **Palermo:** Baucina, Borgetto, Ciminna, Gratteri, San Giuseppe Jato, Ventimiglia di Sicilia, Villabate;
- **Catania:** Mirabella Imbaccari, Vizzini;
- **Messina:** Acquedolci, Basicò, Falcone, Forza D'Agrò, Leni, Limina, Montalbano Elicona, Novara di Sicilia, Oliveri, Reitano, Rodì Milici;
- **Siracusa:** Buccheri, Buscemi;
- **Ragusa:** Giarratana;
- **Trapani:** Calatafimi, Favignana, Pantelleria;
- **Enna:** Troina;
- **Caltanissetta:** Mussomeli, Niscemi;
- **Agrigento:** Caltabellotta, Canicattì, Lampedusa e Linosa, Licata, Menfi, Porto Empedocle, San Biagio Platani, Santa Margherita di Belice, Sciacca, Villafranca Sicula;



## LE POLEMICHE

### Dietro le buone intenzioni si celano tante polemiche e dubbi.

**I primi problemi sorgono già al ritiro con le lunghe code all'ufficio postale.** Oltre alle normali attività, in queste settimane si è aggiunto il servizio a coloro che hanno ricevuto l'ok dal Comune di residenza su sms, app o via posta, ma anche chi è semplicemente in cerca di risposte e chiarezza, per comprendere se è idoneo o no.

Un'altra importante riflessione verte **su importo e uso della tessera.** La carta acquisti **non è ricaricabile.** A fine mese dunque i beneficiari non vedranno riapparire il bonus. Criticato è stato anche l'importo: 382,50 euro sono sicuramente un aiuto per le famiglie ma non sarebbero sufficienti e per molti sarebbero stati definiti delle **"briciole"** e nulla di più.



**La polemica si rafforza osservando l'elenco dei beni di prima necessità acquistabili, pubblicato dal Masaf:** carni suine, bovine, avicole, ovine, caprine, cunicole; pescato fresco; latte e suoi derivati; uova; oli d'oliva e di semi; prodotti della panetteria (sia ordinaria che fine), della pasticceria e della biscotteria; paste alimentari; riso, orzo, farro, avena, malto, mais e qualunque altro cereale; farine di cereali; ortaggi freschi, lavorati; pomodori pelati e conserve di pomodori; legumi; semi e frutti oleosi; frutta di qualunque tipologia; alimenti per bambini e per la prima

infanzia (incluso latte di formula); lieviti naturali; miele naturale; zuccheri; cacao in polvere; cioccolato; acque minerali; aceto di vino; caffè, tè, camomilla. **La scelta di includere solo generi alimentari e non altri beni come farmaci, pannolini o assorbenti, effettivamente di prima necessità** non è stata di certo ben accolta.

**Misure fin troppo restrittive che riguardano anche un'altra platea: quella degli esclusi.** E' il caso dei **percettori del reddito di cittadinanza.** Non solo in molti a settembre perderanno la somma ma attualmente **non potranno fare richiesta** per ottenere "Dedicata a te". Oltre il danno la beffa. Qualcuno però sembra esserci riuscito. Ma c'è poco da esultare. Si tratterebbe infatti di **errori** che rischiano di costare molto caro. Se ciò venisse confermato, questi beneficiari dovranno restituire l'importo ricevuto. L'Inps dovrebbe iniziare i **controlli** nei mesi di **settembre e ottobre** e le famiglie che hanno erroneamente ricevuto e attivato la carta potrebbero dover affrontare richieste di rimborso.



Dunque, se un cittadino percepisce il **reddito di cittadinanza** ma riceve la **carta acquisti** è fondamentale **non attivarla** per evitare future complicazioni.

Dal palazzo

L'8 settembre

## Riduzione delle liste di attesa, manager convocati da Schifani

*I commissari straordinari e i direttori sanitari di Asp e ospedali dovranno comunicare i risultati finora conseguiti.*

🕒 **Tempo di lettura:** 1 minuto



25 Agosto 2023 - di [Redazione](#)

### Enna - Kit per la fertilità

Enna® Salute Intima

Apri

[IN SANITAS](#) > Dal Palazzo

I commissari straordinari e i direttori sanitari delle Asp e delle aziende ospedaliere siciliane sono stati convocati **l'8 settembre** alle 11 a Palazzo d'Orléans a Palermo, sede della Presidenza della Regione Siciliana, per relazionare sull'attività di riprogrammazione dell'offerta sanitaria. Si tratta del primo passo per attuare il **Piano operativo** per l'abbattimento delle **liste d'attesa** negli ospedali siciliani approvato dalla giunta lo scorso 27 luglio.

**I manager della sanità** dovranno comunicare i risultati finora conseguiti al presidente della Regione, Renato Schifani, all'assessore alla Salute, Giovanna Volo, alla presenza dei dirigenti generali Salvatore Iacolino e Salvatore Requierez che hanno firmato la lettera di convocazione.

«Ho voluto questo primo momento di verifica- dice Schifani- per serrare i tempi di attuazione dei vari passaggi del piano, per avere certezza di rispettare il **cronoprogramma** stabilito e di centrare l'obiettivo di abbattere le liste di attesa. Questa è una delle condizioni per garantire ai siciliani il diritto a ottenere servizi sanitari di qualità in tempi accettabili».

### DIGIUNO INTERMITTENTE PER SENIOR

ETÀ: 35-40	ETÀ: 40-45	ETÀ: 45-50	ETÀ: 50-55	ETÀ: 55-60	ETÀ: 60-65
900: Focaccia d'avena con frutti di bosco e frutta secca.	900: Yogurt greco con frutti di bosco e frutta secca.	900: Tofu grigliato con insalata mista.	900: Linsalata con spinaci e feta.	900: Focaccia d'avena con frutti di bosco e frutta secca.	900: Yogurt greco con frutti di bosco e frutta secca.

### Magazzino automatico verticale

Il Nuovo Vertimag Ferretto ottimizza lo spazio utilizzato e garantisce sicurezza.

# Notte di incendi nel palermitano, paura e danni tra Campofelice, Termini e Villabate

LUNGA NOTTE DI LAVORO PER LE SQUADRE ANTINCENDIO

---

di Ignazio Marchese | 28/08/2023





---

Attiva ora le notifiche su Messenger 

La notte è proseguita sotto il segno del fuoco. Dopo le decine di **incendi** divampati nel corso dell'ultima domenica di agosto anche fino a notte inoltrata **forestali**, la protezione civile e i vigili del fuoco sono stati impegnati su diversi fronti alimentati da un forte vento di scirocco che ha soffiato fino all'alba. I roghi sono divampati lungo gli assi viari in provincia di Palermo. E così i turisti e vacanzieri di ritorno dalle località di mare nel trapanese hanno impiegato ore per tornare a casa.

---

Leggi Anche:

**Brucia la Sicilia, divampati 36 incendi, tutti i fronti del fuoco**

---

Sono dovuti uscire dallo svincolo di Balestrate e percorrere la statale fino a Partinico e rientrare di nuovo in autostrada. Un incendio era divampato lungo l'autostrada Palermo Mazara del Vallo ed era impossibile percorrerla. Fiamme anche lungo la Palermo Agrigento nella zona di Villabate. Le fiamme hanno lambito la zona artigianale. Anche la statale è stata chiusa all'altezza di Villa Fabiana.

I roghi sono divampati anche lungo la statale Palermo Sciacca nella zona di San Giuseppe Jato. Anche qui sono state impegnate per ore le squadre antincendio.

Diversi incendi sono stati appiccati a Termini Imerese nella zona ex Kalos e a Campofelice di Roccella. Sono andati in fiamme ettari di macchia mediterranea e alberi di olivo. Nella zona di Campofelice sono stati minacciati anche alcuni capannoni. In questo momento di sta facendo la conta dei danni. Le fiamme hanno fatto paura a tanti residenti che hanno visto le lingue di fuoco minacciare le abitazioni.

## **Danni ad attività commerciali**

Nel corso degli incendi della scorsa notte sono state danneggiate alcune attività.





---

Leggi Anche:

**Incendio nel Trapanese, il fumo invade la pista dell'aeroporto**

---

A Campofelice di Roccella sono state evacuate diverse villette. I residenti solo attorno alle tre di questa mattina hanno fatto rientro a casa. Danni invece ad un capannone di un'attività commerciale di negoziante cinese e una falegnameria.

Anche a Villabate nella zona artigianale si sono registrati danni. Ad una carrozzeria e a un deposito. Le fiamme, secondo quanto accertato nel corso dei sopralluoghi, sarebbero partite in un terreno privato dove c'era accatastato materiale che è andato in fumo. Le fiamme hanno investito due attività limitrofe.

## **E' tornato operativo l'aeroporto di Birgi**

Dalle ore 19,30 l'aeroporto di Trapani Birgi torna **operativo**. Pertanto i voli restanti, tra cui il Pantelleria e il Napoli, verranno operati regolarmente.

Sono stati dirottati 6 voli su Palermo e si stanno ancora portando avanti le **operazioni di trasferimento** dei passeggeri dallo scalo di Trapani verso quello di Palermo e dal Falcone Borsellino verso il Vincenzo Florio.

“È stata anche oggi una giornata fortemente impegnativa per lo scalo – afferma Salvatore Ombra, presidente di Airgest, società di gestione dell'aeroporto di Trapani Birgi – di una stagione inaudita che ha evidenziato la necessità di trovare soluzioni per combattere gli incendi estivi che mettono a rischio l'incolumità delle persone e l'economia di un territorio e della stessa Regione”.

## **Cinquanta incendi in Sicilia, situazione critica a Trapani e Palermo**

Sono saliti a 50 gli incendi divampati oggi in Sicilia. Oltre a quello di Alia al Passo del Bambino che ha visto impegnati vigili del fuoco e anche i forestali sono divampati altri incendi nel palermitano, a Contessa Entellina in contrada Chiappetta, a Belmonte Mezzagno in contrada Casale, a Bisacchino in contrada Alvano, a Campofiorito, a Misilmeri in contrada Raffi, a Monreale nel santuario Tagliavia, a San Giuseppe Jato in contrada Scala di Ferro, a Santa Cristina Gela in contrada Pianetto.

Nel trapanese la situazione molto critica. Le fiamme divampate a Salemi a Monte Polizzo, a Trapani Montagna Grande, a Buseto Palizzolo in contrada Baglio Portelli, a Castellammare del Golfo in contrada Sarmuci, a Marsala in contrada Birgi Novo, a Poggioreale in contrada Cautali.

Numerosi gli incendi anche nel catanese a Castiglione di Sicilia contrada Verzella e contrada Marchesa e passo Siletta, a Caltagirone contrada Chianchitello, a Randazzo in contrada Sciarone, a Calatabiano torrente Minissale, a Linguaglossa monte Fallacca, a Militello in Val di Catania in contrada Frangello, a Vizzini in contrada Morbano e contrada Reburdone.

Incendi anche nell'agrigentino a Ravanusa contrada Stornello, ad Alessandria della Rocca, ad Aragona passo Ugliaro, a Calamonaci contrada Canalicchio, a Cianciana contrada Bissana, a Favara contrada Lucia, a Montevago contrada Saiaro, a Sambuca di Sicilia contrada Balatelli.

Fiamme anche nel nisseno a Caltanissetta contrada Sabucina, Mazzarino Poggio San Giovanni, Sutera contrada Zolfara, nel ragusano a Vittoria in viale del Tempio, nel siracusano a Lentini in contrada Cava Scalpello, e nell'enneese Aidone nella zona del cimitero.

Incendi nel messinese a Castell'Umberto in contrada Bivio Colamarco, a Gioiosa Marea in contrada Fico, a Messina in contrada Cataratti e a Sinagra in contrada Contura.

## **Schifani, il sistema sta reggendo ma su roghi mano criminale**

“Seguo da vicino l'evolversi della situazione incendi che sta interessando la nostra regione. Sono in continuo contatto con la protezione civile regionale e nazionale, nonché con il dipartimento corpo forestale della Regione siciliana. Anche questa volta la nostra terra è messa a dura prova da mano criminali che si stanno macchiando di efferate condotte. Il sistema sta reggendo. E di questo mi sento di

ringraziare di cuore tutti gli uomini e donne, di qualunque ruolo ed istituzione, che stanno dando prova di grandissimo senso del dovere ed amore della nostra Sicilia".  
Lo dice il presidente della Regione siciliana, Renato Schifani.

# Palermo, debiti delle partecipate e pugno duro: scontro al Comune



Le misure della giunta portano allo scontro con Fi

IL CASO di Roberto Immesi

28 AGOSTO 2023, 07:00

0 Commenti Condividi

## 4' DI LETTURA

PALERMO – Le società partecipate continuano a essere una spina nel fianco per il comune di Palermo. Disallineamenti, servizi non riconosciuti o riconosciuti ma senza copertura finanziaria, contratti di servizio da aggiornare, buchi da coprire, contenziosi da chiudere e documenti da spulciare, con i dirigenti di Palazzo delle Aquile costretti a bussare alle porte della società in veste di ispettori per farsi consegnare alcuni documenti.

## Pugno duro del Comune

Il piano di riequilibrio, per dirla con le parole della Varchi, rappresenta “il *vademecum* comportamentale dei prossimi dieci anni del Comune e delle aziende” e in effetti contiene misure ben precise, messe nero su bianco in una nota inviata all’Amap a metà luglio. Per evitare nuove sbavature, sono state adottate misure draconiane in vigore già da

quest'anno: **contenimento dei costi, eliminazione dei disallineamenti, monitoraggio periodico della gestione per intercettare in tempo eventuali situazioni di crisi, nuovi contratti di servizio entro il 2024** con eliminazione dei servizi in perdita o svolti male. E ancora approvazione preventiva degli acquisti da parte del Comune, riduzione degli incarichi esterni che comunque dovranno prima passare dal socio unico, stretta sulle spese di rappresentanza e pubblicità.

**I cordoni della borsa si stringono soprattutto per il personale**, con un taglio dei costi per la contrattazione di secondo livello (con controllo prima della firma con i sindacati) di almeno il 5% rispetto al 2021 e del 30% in dieci anni, il divieto di assegnare mansioni superiori o di procedere a progressioni verticali se non previste, la riduzione del contenzioso. Insomma, le aziende vengono praticamente ingessate: se non si tratta di un commissariamento, poco ci manca.

## Quanto costano le partecipate

Del resto il capitolo delle partecipate vale un terzo del bilancio comunale, consuntivo alla mano: **nel 2022, su una spesa di 748 milioni di euro, ben 246 sono serviti a pagare Amap, Amat, Amg, Rap, Reset, Sispi e la quota della Srr**. La parte del leone la fa Rap che si occupa di rifiuti, a cui Palazzo delle Aquile ha dato 128,6 milioni di cui 123,8 per l'igiene ambientale, 2 per derattizzazioni e 2,8 per la manutenzione straordinaria su strade e marciapiedi. Il secondo gradino del podio se lo aggiudica l'Amat con 59 milioni, di cui però 35,4 a carico della Regione, 20,8 per il trasporto pubblico e 2,7 per la segnaletica. La "medaglia di bronzo" va a Reset con 30,7 milioni, seguita da Sispi con 10,2 milioni, Amg con 8,8 e Amap con 5,1 per manutenzione e pulizia caditoie. Fanalino di coda la Srr con 3,4 milioni. Il problema è che, oltre a queste somme, ci sono i crediti vantati dalle aziende nei confronti del Comune che sono o privi di copertura finanziaria o, peggio, non riconosciuti da piazza Pretoria, il che vuol dire debiti fuori bilancio o nuovi contenziosi.

## Restano i disallineamenti

**I servizi svolti dalle partecipate e riconosciuti dal Comune nel 2022 ammontano a 92,3 milioni**, di cui però solo 52,4 coperti con fondi certi e quasi 40 invece scoperti (anche se in diminuzione rispetto all'anno precedente di 23,4 milioni). L'elenco delle voci è sconfinato ma salta all'occhio addirittura una fattura emessa da Amat nel 2000 per la conferenza Onu, pari a 62 mila euro e che ad oggi risulta non saldata.

C'è poi il capitolo delle partite non riconciliate, cioè quei servizi che Palazzo delle Aquile non ritiene di dover pagare anche se già svolti, e che valgono 21 milioni, su per giù come nel 2021: 1,5 di Amap per forniture idriche dal 2014 a oggi; quasi 8 milioni vantati da Amat per autobus, tram e ausiliari; 848 mila euro pretesi da Amg con fatture che risalgono al 2008. Discorso a parte per Rap che nei suoi bilanci presenta 32 milioni di crediti, riconosciuti dal Comune ma al momento non in cassa (di cui gran parte riferiti al trattamento del percolato), e ben 9,5 milioni di partite non riconciliate dovuti agli extra costi per la sesta vasca di Bellolampo.

## Lo scontro con Forza Italia

**Le nuove misure però hanno messo in allarme Forza Italia** che da tempo sembra particolarmente in sintonia con l'amministratore unico di Amap, **Alessandro Di Martino**, nominato da Leoluca Orlando ma ancora alla guida dell'azienda. "Le partecipate sono state trasformate in semplici 'passacarte' – attacca il capogruppo degli azzurri **Gianluca Inzerillo** –

Le competenze manageriali sono di fatto azzerate e paralizzate dal veto permanente di funzionari comunali che dovranno essere in grado di affrontare questa mole di lavoro e prendere decisioni importanti, spesso vitali per le società coinvolte. È comprensibile che, a seguito dell'accordo con lo Stato, si debbano adottare opportune cautele ma si parte dal presupposto che gli organi amministrativi appena nominati non diano le garanzie necessarie e parallelamente, novità assoluta, che i tanto criticati uffici comunali si trasformino in virtuosi centri decisionali”.

**Picchia duro anche Domenico Macchiarella**, coordinatore cittadino di Forza Italia ed ex amministratore di Amg Energia: “Ci chiediamo come questa direttiva, che di fatto tende a commissariare le partecipate, tutte e non solo quelle meno virtuose, possa essere compatibile con la necessità di rispettare indicazioni e vincoli posti delle Autorità di regolazione dei servizi di pubblica utilità. Società come Rap, Amap e Amg Energia devono attenersi alle indicazioni dell'autorità per quanto riguarda i livelli minimi di qualità per gli aspetti tecnici, contrattuali e per gli standard di servizio. Nutro dubbi anche sulla compatibilità di tutto questo con la **legge di riordino dei servizi pubblici locali di rilevanza economica** e mi chiedo, soprattutto, in forza di quali competenze industriali e di settore gli uffici comunali procederanno e chi pagherà le eventuali sanzioni”.

# Via La Malfa, incendio in un seminterrato del Cnr: vigili del fuoco in azione

Il rogo è divampato stamattina, attorno alle 8,30, facendo scattare il sistema antincendio. In provincia ancora fiamme fra Balestrate e Partinico, riaperta l'autostrada



Redazione

28 agosto 2023 10:42



L'intervento dei vigili del fuoco al Cnr

Incendio in un seminterrato del Cnr (Consiglio nazionale delle ricerche), in via Ugo La Malfa. Il rogo è divampato stamattina, attorno alle 8,30, facendo scattare il sistema antincendio.

L'allarme è partito tempestivamente, consentendo a impiegati e ricercatori di uscire fuori dall'edificio. Sul posto sono intervenuti i vigili del fuoco, che stanno spegnendo l'incendio. Non si registrano feriti. Non è ancora nota l'entità dei danni.

I vigili del fuoco sono ancora al lavoro in provincia. Dalla sala operativa riferiscono di un incendi boschivi e di sterpaglie nella zona di Monreale e fra Balestrate e Partinico. Ieri sera, proprio in questo tratto, un vasto incendio ha lambito l'autostrada A29 Palermo-Mazara del Vallo, imponendo la chiusura delle carreggiate in entrambe le direzioni. L'autostrada è stata riaperta.

Al via dal 1° settembre lo strumento per trovare un'occupazione agli ex beneficiari del Rdc

# Una lunga strada verso il lavoro

## Domanda, registrazione, 2 patti per accedere al nuovo Sfl

Pagina a cura

DI DANIELE CIRIOLI

**A**l via la nuova misura di «supporto per la formazione e il lavoro». Per farne richiesta servono una domanda, la registrazione a un sito, un colloquio, la sottoscrizione di due patti. Poi occorre scegliere tre agenzie per il lavoro, accettare un'offerta di formazione o sceglierla in autonomia, la cui frequenza darà diritto a ricevere dall'Inps un'indennità mensile di 350 euro per un anno. Si parte il 1° settembre e, con molta probabilità, i primi ad attivarsi saranno le persone fra 18 e 59 anni appartenenti ai 159 mila nuclei familiari che a luglio hanno ricevuto lo stop del reddito di cittadinanza. In prima linea i centri per l'impiego, chiamati a profilare i richiedenti la nuova misura. Corsia accelerata a chi è impegnato in iniziativa Gol (garanzia occupabilità lavoratori) o in un progetto comunale utili alla collettività (Puc): potrà ricevere prima l'indennità.

**Si volta pagina.** La nuova misura è figlia della riforma del reddito di cittadinanza (Rdc), prevista dalla legge di bilancio 2023 (legge 197/2022) con l'abrogazione della disciplina (a fine anno). Il dl 48/2023, convertito dalla legge 85/2023, ha ridisegnato il sistema, con l'istituzione di due nuove misure in sostituzione del Rdc:

- la prima, al via il 1° settembre, è appunto il supporto per la formazione e il lavoro (Sfl);

- la seconda, operativa dal 1° gennaio 2024, è l'assegno di inclusione (Adi).

Le misure sono diverse anche in relazione ai beneficiari; infatti, il Sfl si rivolge alle persone; l'Adi alle famiglie. Più in dettaglio:

- le persone occupabili, cioè tra 18 e 59 anni, sono destinatarie del Sfl (misura di politica attiva del lavoro);

- i nuclei familiari con persone inoccupabili, cioè minorenni, soggetti con almeno 60 anni, disabili o in condizione di svantaggio, sono destinatari dell'Adi (misura assistenziale).

**Il nuovo Sfl.** Il Sfl, dunque, ha il fine di favorire l'inserimento nel mercato del lavoro dei soggetti occupabili. Come? Mediante la partecipazione a progetti di formazione, di qualificazione e riqualificazione professionale, di orientamento, di accompagnamento al lavoro e politiche attive. Ad esempio, tra le misure del Sfl rientrano anche il servizio civile universale e i progetti utili alla collettività (Puc). Questi ultimi, in particolare, sono progetti attuati in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni, da svol-

gere presso il comune di residenza a titolo gratuito. Da settembre, il Sfl abbinato al Puc, dà diritto a ricevere un'indennità mensile di 350 euro per tutta la durata del Puc.

**L'indennità mensile.** Il Sfl, infatti, prevede l'erogazione di un'indennità mensile di partecipazione alle iniziative di attivazione lavorativa, pari a 350 euro, per tutta la durata dell'iniziativa nel limite massimo di 12 mesi, mediante bonifico dell'Inps. Il Sfl è incompatibile con il Rdc, con la Pdc (pensione di cittadinanza) e con ogni altro sussidio di integrazione o sostegno al reddito e disoccupazione. L'erogazione dell'indennità è condizionata all'effettiva partecipazione alle iniziative formative di politiche attive del lavoro comunque denominate, nonché dei progetti utili alla collettività e del servizio civile universale.

**I beneficiari.** Come accennato, il Sfl si rivolge ai componenti dei nuclei familiari d'età compresa tra 18 e 59 anni, che non hanno i requisiti per acce-

dere all'Adi e che soddisfino ulteriori requisiti indicati in tabella. Attenzione, tutti i requisiti vanno posseduti sia al momento della domanda che per tutta la durata del beneficio. Se ci sono cambiamenti, è fatto obbligo di comunicarli.

**Come si richiede il Sfl.** La procedura non appare del tutto semplice: richiede dimestichezza con la telematica (ma ci può rivolgere a un patronato), l'iscrizione a un sito e la sottoscrizione di due patti. Cerchiamo di seguire un ordine. Cinq-

ue gli step:

- presentazione della domanda (dal sito Inps);

- registrazione al Sistema informativo per l'inclusione sociale e lavorativa (Siisl) e firma di un Patto di attivazione digitale (Pad);

- attesa chiamata e colloquio presso il centro per l'impiego e firma di un Patto di servizio personalizzato (Psp);

- fruizione delle iniziative di formazione, orientamento, etc.;

- conferma periodica (ogni 90

giorni) della partecipazione alle iniziative, per conservare il diritto all'indennità.

**Primo step: la domanda.** Va presentata all'Inps, dal 1° settembre, in modalità telematica:

- dal sito istituzionale (www.inps.it), accedendo con Spid, Cns, carta identità elettronica, nella specifica sezione dedicata al Sfl;

- tramite patronati e, dal 1° gennaio 2024, centri di assistenza fiscale (Caf).

Oltre ai dati anagrafici e di contatto, nella domanda viene richiesta la conferma del possesso di tutti i requisiti (si veda tabella), del rispetto degli impegni (eventuali modifiche alla situazione dichiarata, per esempio) e l'indicazione delle modalità di pagamento dell'indennità (Iban per l'accredito del bonifico).

**Secondo step: registrazione su Siisl e Pad.** Passo successivo è la registrazione al Siisl, la piattaforma online su cui sono gestite le attività e l'intero percorso del Sfl. Se la doman-

da inviata all'Inps è accettata, inoltre, va sottoscritto il "patto di attivazione digitale", indicando almeno tre agenzie per il lavoro a propria scelta e autorizzando la trasmissione dei propri dati all'universo degli operatori istituzionali del mercato del lavoro: centri impiego (anche per la convocazione), agenzie per il lavoro, soggetti accreditati, etc.

**Terzo step: colloquio e Psp.** Il terzo step comincia con l'attesa della convocazione presso il centro per l'impiego, al fine di ricevere la propria profilazione e per firmare il Patto di servizio personalizzato che dà il via a tutte le iniziative per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro. La convocazione avviene tramite la piattaforma Siisl o anche con altri mezzi, quali messaggistica telefonica o e-mail, con i contatti forniti in domanda. Nel Psp, tra l'altro, vanno indicate, a propria scelta, almeno tre agenzie per il lavoro ovvero enti autorizzati all'attività di intermediazione, quale misura di attivazione al lavoro. Il Psp, inoltre, può prevedere l'adesione ai servizi al lavoro e ai percorsi formativi previsti dal programma nazionale per la Garanzia occupabilità dei lavoratori (Gol).

**Quarto step: fruizione delle iniziative.** Una volta sottoscritto il Psp si potrà usufruire di servizi di orientamento, corsi di formazione o aderire a progetti utili alla collettività o altre iniziative di attivazione lavorativa e di tutto viene tenuto traccia in piattaforma Siisl. Per tutta la durata del percorso formativo o partecipazione delle altre iniziative di attivazione lavorativa, si ha diritto a ricevere l'indennità mensile di 350 euro, tramite bonifico dell'Inps, per massimo 12 mesi (tutto è su My Inps). Alle iniziative si può aderire accettando le offerte ricevute o per scelta autonoma (con la loro individuazione).

**Quinto step: la conferma trimestrale.** Arrivati a questo punto, quando si sta partecipando a un'iniziativa intascando l'indennità Inps, bisogna ricordarsi di confermare questa partecipazione almeno ogni 90 giorni, anche in via telematica. In mancanza di tale conferma, l'Inps sospende l'erogazione dell'indennità.

**Un'avvertenza (tra tante).** Sono due i rischi principali di perdere l'indennità: l'abbandono dell'iniziativa di formazione (a tal fine è prevista la conferma trimestrale) e il rifiuto di un'offerta di lavoro c.d. congrua: se non accettata, senza giustificato motivo, infatti, l'Inps dispone la decadenza dall'indennità.

### I requisiti

<b>Cittadinanza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Italiana o di altro paese dell'Ue</li> <li>Familiare di cittadino italiano o Ue con diritto di soggiorno, anche permanente</li> <li>Cittadino di paesi terzi con permesso di soggiorno UE di lungo periodo</li> <li>Titolare status di protezione internazionale</li> <li>Titolari certificato dello status di apolide</li> </ul>
<b>Residenza</b>	In Italia da almeno cinque anni
<b>Soggiorno</b>	Ultimi due anni in Italia, in modo continuativo
<b>Isee</b>	Familiare, in corso di validità, non superiore a 6.000 euro
<b>Patrimonio immobiliare (ai fini Isee)</b>	Il richiedente, non superiore a: <ul style="list-style-type: none"> <li>30.000 euro, in Italia e all'estero, diverso dalla casa di abitazione di valore IMU fino a 150.000 euro</li> </ul>
<b>Patrimonio mobiliare (ai fini Isee: c/c, depositi, ecc., al lordo delle franchigie)</b>	Il richiedente, inferiore a: <ul style="list-style-type: none"> <li>6.000 euro per i nuclei con un solo componente;</li> <li>8.000 euro per i nuclei con due componenti;</li> <li>10.000 euro per i nuclei con tre o più componenti (la soglia è aumentata di 1.000 euro per ogni figlio a partire dal terzo).</li> </ul> I massimali sono incrementati di: 5.000 euro per ogni componente disabile e 7.500 euro per ogni componente disabile grave o non autosufficiente
<b>Beni di lusso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nel nucleo nessun componente deve essere intestatario a qualunque a titolo o nella piena disponibilità di:</li> <li>autoveicoli di cilindrata superiore a 1600 cc o motoveicoli di cilindrata superiore a 250 cc, immatricolati la prima volta nei 36 mesi antecedenti la richiesta, esclusi autoveicoli e motoveicoli con agevolazione fiscale per persone disabili;</li> <li>navi o imbarcazioni da diporto, nonché aeromobili di qualsiasi genere</li> </ul>
<b>Altri</b>	Il richiedente, alla domanda e per tutta la durata della prestazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>non deve essere sottoposto a misura cautelare personale, di prevenzione, e non avere sentenze definitive di condanna o adottate ai sensi dell'art. 444 c.p.p., nei 10 anni precedenti la domanda;</li> <li>non essere disoccupato per dimissioni nei 12 mesi precedenti, fatte salve quelle per giusta causa e la risoluzione consensuale (art. 7 legge 604/1966);</li> <li>assolvere il diritto-dovere all'istruzione e formazione o relativa esenzione</li> </ul>

Il bilancio dell'azione del Garante nel I semestre del 2023. Alla sbarra anche lavoro e sanità

# Privacy, nel mirino web e media

## Più prescrizioni e sanzioni a carico del settore informazione

Pagina a cura di

ANTONIO CICCIA MESSINA

Lavoro e sanità sono i settori con più sanzioni privacy nel primo semestre 2023. Se, però, alle sanzioni si sommano prescrizioni e ammonimenti del Garante, la prima piazza è occupata dal giornalismo, seguito da Internet e social (trascinati in alto dai procedimenti sul diritto all'oblio) e, poi, dai datori di lavoro.

È il bilancio dei primi sei mesi del 2023 di attività del Garante della privacy, secondo quanto risulta da un'analisi degli atti pubblicati sul sito internet dell'autorità.

La ricostruzione numerica mette in risalto anche di quali argomenti e adempimenti il Garante si sia occupato nello svolgimento dei suoi compiti correttivi e sanzionatori. Violazioni relative ai dati particolari (sensibili, genetici e biometrici), agli obblighi di informativa e di raccolta del consenso (questi ultimi due istituti, a pari merito) occupano le prime tre caselle delle sanzioni. La classifica aggregata di sanzioni più prescrizioni più ammonimenti, relativi agli adempimenti, vede in cima i procedimenti relativi ai dati particolari e quelli relativi al diritto all'oblio.

La più aggiornata rilevazione dei numeri di atti e provvedimenti del Garante indica, dunque, l'andamento dell'attività di vigilanza e controllo. Le tabelle non ci dicono, però, quale sia il complessivo stato di salute della tutela della vita privata. Nonostante ciò, le cifre servono alle imprese e alle pubbliche amministrazioni per capire in quali ambiti si muove l'autorità di controllo e come comportarsi di conseguenza.

**Tipi di atti.** La parte del leone spetta alle sanzioni pecuniarie: relativamente al primo semestre 2023, il sito del Garante ne pubblica 80. A esse si aggiungono 42 provvedimenti, con i quali il Garante ha prescritto adempimenti per regolarizzarsi (dette, appunto, prescrizioni). Fanalino di coda per gli ammonimenti (rimproveri formali e ufficiali, senza ingiunzione del pagamento di somme di denaro): raggiungono quota 24.

La prevalenza delle sanzioni pecuniarie non stupisce. Il Gdpr (regolamento

I settori interessati				
	Sanzioni	Prescrizioni	Ammonimenti	TOTALE
Associazioni	1		1	2
Banche credito e finanza	2	1	2	5
Condominio	1			1
Giornalismo	11	14		25
Imprese	1	1		2
Internet e social media	6	17	1	24
Istruzione e formazione		1	1	2
Lavoro e previdenza	16	1	3	20
Marketing	10	1	1	12
Ordini professionali	1			1
Pubblica Amministrazione	9	2	6	17
Sanità e ricerca scientifica	15	1	1	17
Telecomunicazioni	2		1	3

Ue n. 2016/679) ha ridotto al lumicino compiti e poteri autorizzatori delle autorità di controllo, avendo caricato direttamente sulle imprese e sulle pubbliche amministrazioni l'onere di individuare i comportamenti corretti, deducendoli da norme generali del Gdpr. Se imprese e p.a. possono chiedere autorizzazioni al Garante solo in pochissimi casi, allora i procedimenti sanzionatori sono l'occasione, per quanto drammatica, nella quale scoprire se le scelte autonomamente adottate sono conformi alle regole astratte della privacy.

Così è statisticamente normale che i singoli enti, pubblici e privati, entrino in contatto con il Garante

**Il maggior numero di sanzioni (18) ha riguardato violazioni commesse nel trattamento di particolari categorie di dati (sensibili, genetici e biometrici)**

quando si è verificato un problema, da cui può scaturire una reazione sanzionatoria e/o correttiva da parte dello stesso Garante. E poiché l'applicazione delle sanzioni è atto dovuto, salvo l'eccezione delle violazioni minori, ecco spiegata la prevalenza statistica delle sanzioni stesse. Sanzioni,

### I provvedimenti del garante

(I sem. 2023)

Sanzioni	80
Ammonimenti	24
Prescrizioni	42

ammonimenti e prescrizioni, in effetti, appartengono alla stessa famiglia dei compiti/poteri correttivi assegnati dal Gdpr alle autorità garanti della privacy.

**Adempimenti.** Nel primo semestre 2023, il maggior numero di sanzioni pecuniarie (18), irrogato dal Garante della privacy, ha riguardato violazioni commesse nel trattamento di particolari categorie di dati (e cioè dati sensibili, genetici e biometrici), le violazioni della regola del consenso dell'interessato (10) e dell'obbligo di dare a quest'ultimo idonee informative ad archivi e banche dati sono state 8 e altrettante quelle relative a dati telefonici e telematici. Le violazioni relative alla conservazione di dati (e cioè tempo massimo di detenzione delle informazioni) hanno ricevuto 7 sanzioni e lo stesso numero è stato registrato per gli illeciti commessi nei trattamenti mediante uso di impianti di videosorveglianza.

La classifica delle prescrizioni del Garante vede primeggiare le violazioni del diritto di oblio (21 e dei dati giudiziari (10). Di molto staccate le violazioni, re-

lative a dati particolari, (4) che hanno meritato nel primo semestre 2023 le prescrizioni del Garante. Sono molto bassi, in generale, i numeri degli ammonimenti, con la prima piazza assegnata alle violazioni relative ai dati particolari, con appena 3 provvedimenti.

Cumulando sanzioni, prescrizioni e ammonimenti, il primato (negativo) spetta a pari merito (25 provvedimenti) alle violazioni relative a particolari categorie di dati e a quelle relative al diritto all'oblio. Seguono le violazioni dell'obbligo di acquisire il consenso dell'interessato (13), le violazioni relative ai dati giudiziari (12) e, con 11 provvedimenti per ciascun gruppo, quelle riguardanti archivi e banche dati, conservazione di dati, dati telefonici e telematici e obbligo di fornire l'informativa all'interessato. A fondo classifica si trovano, le violazioni degli adempimenti in caso di data breach e cioè attacchi informatici o simili (7) e, con 6 provvedimenti ciascuno, le violazioni degli adempimenti relativi alle misure di sicurezza, quelle commesse nel corso dell'utilizzo di nuove tecnologie e quelle consi-

stenti in comunicazioni indesiderate.

**Consensi.** Peraltro, va osservato che occorre aggregare le violazioni relative adempimenti connessi. È opportuno, quindi, sommare le violazioni relative a informative e consenso, le quali, insieme, hanno il primo posto per numero di sanzioni, raggiungendo il numero di 20 ingiunzioni, e il secondo posto assoluto con 24 provvedimenti. Così le violazioni dei principali diritti degli interessati (avere il governo delle informazioni, previa conoscenza degli intendimenti dei cosiddetti titolari del trattamento) si rivelano in tutta la loro grave entità.

Non deve stupire, invece, il numero bassissimo (2) di sanzioni per violazioni dei principi del trattamento (accountability): i principi del trattamento (articolo 5 Gdpr) vengono specificati dai singoli preceetti del Regolamento Ue 2016/679 e, quindi, le relative sanzioni sono ingiunte a riguardo delle violazioni delle norme speciali.

**Soggetti coinvolti.** Il maggior numero di sanzioni pecuniarie è stato irrogato ai datori di lavoro (16) e agli organismi sanitari/enti di ricerca scientifica (15). Seguono operatori del settore del giornalismo (11), del marketing (10) e le pubbliche amministrazioni (9). Imprese, condomini, ordini professionali e associazioni sono all'ultimo posto (1 sanzione per ciascun gruppo). Il maggior numero di prescrizioni, quale conseguenza dell'alto numero dei procedimenti relativi al diritto all'oblio, risulta appannaggio di Internet e social media (17), seguiti dal giornalismo (14). Molto staccata si trova la terza classificata e cioè la pubblica amministrazione (2). Quest'ultima ha, però, ricevuto il maggior numero di ammonimenti (6), mentre i datori di lavoro ne hanno collezionati 3. Componendo sanzioni, prescrizioni e ammonimenti il primato (negativo) spetta al giornalismo (25 provvedimenti). La graduatoria complessiva prosegue con internet e social media (24), datori di lavoro (20), pubblica amministrazione (17), sanità e ricerca scientifica (17).

Il marketing è stato destinatario di 12 provvedimenti (10 le sanzioni). Nella parte bassa della graduatoria troviamo banche (5) e telecomunicazioni (3).

# La svolta sui bonifici istantanei dal conto corrente

Cosa cambia sui costi, con le modifiche decise dall'Unione europea



Redazione

28 agosto 2023 09:04

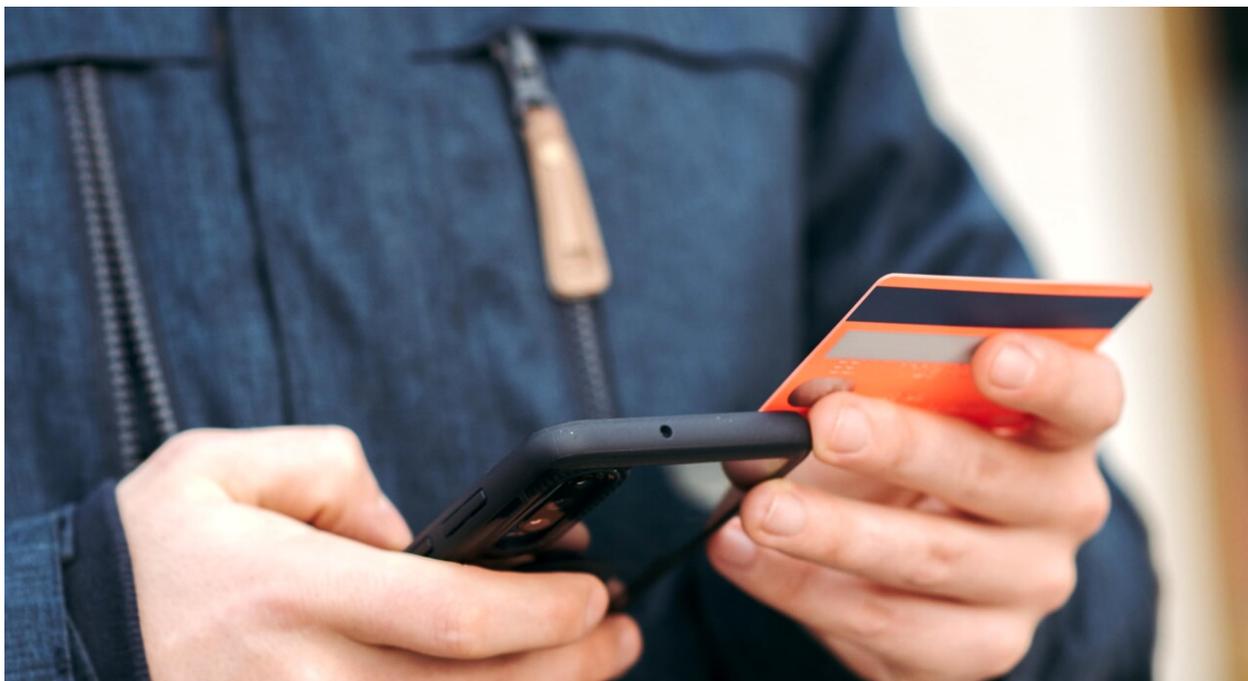


Foto di repertorio (Pexels)

L'Unione europea sta lavorando a un progetto di riforma dei pagamenti digitali: nello specifico, punta a introdurre nuove regole con cui rendere gli accrediti istantanei dai conti correnti un'operazione standard per il trasferimento di denaro all'interno dell'area Sepa, cioè la "single euro payments area", l'area unica dei pagamenti in euro. I bonifici istantanei sono operazioni molto veloci, ma non sono diffusissimi perché costano: le banche applicano infatti commissioni sui conti correnti. Inoltre, non tutte offrono questo servizio ai clienti. Questa tipologia di bonifico è stata introdotta nel 2017. Con un bonifico Sepa istantaneo il denaro viene trasferito dal conto corrente che l'ha ordinato a quello di destinazione nell'arco di dieci secondi al massimo, e l'operazione può essere richiesta in qualsiasi momento, 24 ore su 24. Servono l'Iban del conto da accreditare e il codice bic/swift della banca di destinazione.

Per completare l'operazione è necessario indicare l'importo da trasferire e la causale dell'operazione. L'operazione viene processata da una piattaforma interbancaria che si occupa di completare il processo. Tramite i bonifici immediati potevano essere trasferiti fino a 15mila euro

per operazione, ma dal 1° luglio 2019 questa soglia è stata innalzata a 100mila euro. Tuttavia, ogni banca può fissare una soglia massima.

E veniamo alla questione dei costi. I prezzi possono variare e arrivare fino a 25 euro. Proprio su quest'ultimo punto l'Ue ha concentrato la sua attenzione. Nello specifico, con il voto favorevole del Parlamento europeo alla riforma dei pagamenti nell'area Sepa è stato deciso che i bonifici istantanei non dovranno avere costi aggiuntivi rispetto ai bonifici tradizionali. Le banche dovranno offrire perciò questo servizio alle stesse condizioni dei bonifici standard: deciderà il cliente quale usare. L'Ue vuole inoltre che i bonifici istantanei siano disponibili in tutti gli istituti bancari dell'area Sepa e che sia possibile ricevere bonifici istantanei anche se provenienti da conti correnti tenuti in valute diverse dall'euro.

**Continua a leggere su [Today.it...](#)**

© Riproduzione riservata