

Rassegna del 26/08/2019

AOUN

26/08/19	Corriere di Siena	5	Si ribalta il trattore Uomo di 78 anni ricoverato alle Scotte	O,Br.	1
26/08/19	Corriere di Siena	14	Addio a Stefano Celi Oggi i funerali del tecnico del Serre A- Crisi respiratoria, muore l'allenatore Stefano Celi Aveva 57 anni, inutile la corsa all'ospedale delle Scotte	Bianchi Sugarelli Andrea	2
26/08/19	Corriere di Siena	14	Anziano sbanda e finisce fuori strada a Lilliano di Castellina in Chianti	...	4
25/08/19	LANAZIONE.IT	1	E' morto Angeletti, addio al luminare della chirurgia toracica	...	5
26/08/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	Donna aggredita finisce all'ospedale Attivato il codice rosa	...	7
26/08/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	Urtato dal treno sui binari, non è grave	...	8

SANITA' REGIONALE

26/08/19	Nazione Firenze	2	Diavolo tentatore - Gioco d'azzardo, 50enni più a rischio	Baldi Emanuele	9
26/08/19	Tirreno	8	Troppi malori in mare o piscina: attenti agli sbalzi di temperatura	Faetti Alfredo	12
26/08/19	Tirreno	9	Case rifugio e centri anti-violenza, la Regione stanziava un milione e mezzo	Bartolini Samuele	14

SANITA' NAZIONALE

26/08/19	Corriere della Sera	29	Interventi e repliche - Donazioni di sangue fino a 70 anni	Briola Gianpietro	16
26/08/19	Giornale Controcorrente	17	I comandamenti dell'economia - Spesa pubblica: il falso mito della solita Italia	Allegri Angelo	17
26/08/19	Italia Oggi Sette Affari Legali	1	Sanità, stallo sulle polizze	Miliacca Roberto	22
26/08/19	Italia Oggi Sette Affari Legali	2	Sanità, riforma Gelli-Bianco al palo sulle polizze - Sanità, la riforma Gelli-Bianco ancora al palo su rc e polizze	Unnia Federico	23

RICERCA

26/08/19	Corriere della Sera	29	Interventi e repliche - Minacce al professor Tamietto	De Ferrariis Pratesi Fabrizia - Digiacomo Maria_Concetta	27
26/08/19	Il Fatto Quotidiano	17	"Microplastica, ricerca sugli effetti nocivi"	Daina Chiara	28
26/08/19	Repubblica	19	Le 237 medicine introvabili "Rubate, esportate o esaurite"	Bocci Michele	29

UNIVERSITA' DI PISA

26/08/19	Tirreno Livorno-Rosignano-Cecina	5	Dodici anni di ricorsi ed è ancora precario: la battaglia di Paolo	Barghigiani Pietro	31
26/08/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	Oggi l'ultimo saluto a Carlo Alberto Angeletti luminare della chirurgia	...	32

26/08/19	Comunicazione agli Abbonati	1	Comunicazione agli abbonati	...	33

Intervento decisivo dei vigili del fuoco

Si ribalta il trattore Uomo di 78 anni ricoverato alle Scotte

SIENA

■ E' stato trasportato all'ospedale delle Scotte di Siena un uomo di Sarteano che ieri mattina è rimasto schiacciato dal suo trattore. E' successo intorno alle 11.30 quando sulla Strada provinciale 126 verso Cetona il mezzo si è ribaltato. Il conducente, di 78 anni, è stato catapultato fuori dall'abitacolo che però gli ha schiacciato una parte del corpo, soprattutto il braccio. Immediati i soccorsi, sul posto sono arrivati i Vigili del fuoco che si sono messi subito a lavoro per liberare l'anziano lavoratore. Per farlo senza pericolo nei confronti dell'uomo, hanno usato dei cuscinetti gonfiabili che sono riusciti a sollevare il mezzo. A quel punto il 78enne è stato liberato e per il timore che le ferite fossero più compromettenti è stato richiesto l'intervento di Pegaso. L'elisoccorso lo ha trasportato subito a Siena dove è stato poi ricoverato. Per fortuna le sue condizioni sono buone, ha riportato lesioni ad un braccio e alla spalla.

O.Br.



Addio a Stefano Celi Oggi i funerali del tecnico del Serre

ASCIANO

■ Asciano, Serre di Rapolano e tutto il mondo dei dilettanti in lutto per l'improvvisa morte dell'allenatore Stefano Celi di 57 anni. L'uomo si è sentito male nella notte e la corsa alle Scotte non è servita. Oggi alle 16.30 i funerali.

→ a pagina 14 **Bianchi**

I dilettanti in lutto, oggi i funerali. Il dirigente del Serre, Cannavacciuolo: "Un grande uomo e amico" Crisi respiratoria, muore l'allenatore Stefano Celi Aveva 57 anni, inutile la corsa all'ospedale delle Scotte

di **Andrea Bianchi Sugarelli**

ASCIANO

■ Stefano Celi è morto improvvisamente nella notte, dopo una crisi respiratoria, mentre l'ambulanza lo stava portando d'urgenza alle Scotte. Nonostante la corsa disperata non ce l'ha fatta. Classe 1962, popolare allenatore dei dilettanti ed ex giocatore, Celi abitava con la moglie Gianna e la figlia Elena ad Asciano dove era molto conosciuto ed apprezzato. Da pochi mesi era andato in pensione - lavorava all'azienda Querciolaie Rinascente di Rapolano - e la sua attività principale era diventata la passione di una vita, il calcio. Nella passata stagione aveva allenato il Monteroni e da poche settimane era tornato al Serre dove proprio oggi doveva iniziare la preparazione. Ieri all'obitorio di Siena, dove la salma è stata esposta, è stato un via vai di amici, soprattutto del mondo del calcio dilettanti. Sui socialnetwork sono stati tantissimi i messaggi di condoglianze, dalla Sinalunghese al Monteroni. Affranto Ferruccio Cannavacciuolo, storico dirigente del Serre: "E' una perdita enorme quella di Ste-

fano. Oggi non ho perso l'allenatore, ma un grande amico con cui sono cresciuto" ha detto. "Quando scompare qualcuno - prosegue Cannavacciuolo - si esprimono sempre belle parole, ma per Stefano Celi servono molte di più perché lui era davvero una bravissima persona, un uomo generoso, una figura di grande levatura. Lo scorso anno lo cercai per portarlo nella nostra panchina del Serre - racconta ancora il dirigente - ma lui rifiutò perché aveva già dato la parola al Monteroni. Non la firma, ma la parola. Questo per dire chi era Stefano. Venerdì mi ha mandato a comprare del materiale specifico per la preparazione della nostra squadra e quel materiale lo ha pagato lui di tasca sua. Sono vicino alla famiglia che ho abbracciato. Ho davvero perso un grande amico". La Virtus Asciano ha scritto: "Stefano Celi era un grande amante dello sport, forte sostenitore della sua Fiorentina, ma soprattutto amava la vita. Noi lo stimavamo moltissimo sia come sportivo ed anche come uomo, la cui integrità morale era indiscutibile. Schietto e sincero, ci mancherai Stefano". Le esequie si svolgeranno oggi alle 16.30 nella Basilica di Asciano.





Stefano Celi Oggi ad Asciano i funerali dell'ex allenatore

Anziano sbanda e finisce fuori strada a Lilliano di Castellina in Chianti

CASTELLINA IN CHIANTI

■ Ha sbandato con l'auto ed è finito fuori strada. L'incidente è avvenuto sabato poco dopo le 23 in località Lilliano.

L'uomo, che era alla guida di una Nissan Navara, ha sbattuto violentemente la testa e non riusciva a uscire dall'auto.

Sul posto sono intervenuti l'auto-medica, l'ambulanza del 118, i carabinieri di Castellina e i vigili del fuoco.

L'uomo, B.B.M, 81 anni, è stato trasportato al pronto soccorso delle Scotte. Non corre pericolo di vita. A.C.



LA NAZIONE PISA

CRONACA SPORT COSA FARE EDIZIONI - FIORENTINA SPEDIZIONE PUNITIVA ACQUA



HOME > PISA > CRONACA

Publicato il 25 agosto 2019

E' morto Angeletti, addio al luminaire della chirurgia toracica

Carlo Alberto Angeletti aveva 89 anni: fondò il dipartimento cardio-toraco-vascolare

Ultimo aggiornamento il 25 agosto 2019 alle 10:41



Nel riquadro Carlo Alberto Angeletti

Pisa, 25 agosto 2019 - E' morto ieri **Carlo Alberto Angeletti**, autentico luminaire della chirurgia toracica universitaria e padre fondatore della Chirurgia Toracica pisana. Aveva 87 anni. Nato a **La Spezia**, dopo la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Genova ha frequentato la clinica chirurgica dell'Università di **Pisa** diretta nel 1958 da **Paride Stefanini** e successivamente da **Mario Selli**. Fu Angeletti a fondare a Pisa la Chirurgia Toracica e nel 1987 diventò professore ordinario di questa disciplina nell'ateneo pisano, prima di lasciare, nel 2002, la sua eredità chirgica ad **Alfredo Mussi** e nel 2017 a **Marco Lucchi**, direttore dell'unità operativa di Chirurgia toracica del dipartimento cardio-toraco-vascolare dell'[Azienda ospedaliero universitaria pisana](#).

"Angeletti - ricorda Lucchi - è vissuto in un'epoca di grandi trasformazioni e ha saputo interpretare al meglio il suo ruolo di professore universitario, facendo nascere la **chirurgia toracica** e accompagnandola in tutti i suoi cambiamenti legati al miglioramento della tecnica chirurgica, dell'Anestesia e Rianimazione, dell'oncologia toracica e dell'endoscopia toracica. Il professor Angeletti era un chirurgo dotato di una straordinaria attitudine e capacità tecniche, sempre in grado di affrontare e risolvere le più difficili sfide e di innovare mantenendo sempre e comunque la centralità del paziente. Era sempre presente, sempre disponibile per i

POTREBBE INTERESSARTI ANCHE



Carlo Delle Piane, il ricordo di Pupi Avati: "L'ultimo sorriso"



Terremoto, "Il sogno: piantare alberi a Pescara del Tronto, per i nostri angeli"

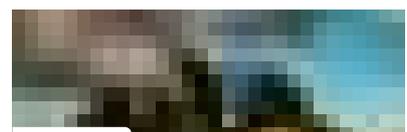


Terremoto: "Il nostro amore, nel nome di Giulia"

POTREBBE INTERESSARTI ANCHE



Terremoto 2016, "Il mio angelo mi ha detto: aiuta quei bimbi"



suoi pazienti e per i suoi collaboratori, è stato per loro soprattutto un grande e vero maestro, in grado di condurre con la sua straordinaria competenza, vivacità intellettuale e capacità organizzativa la Chirurgia Toracica pisana ai vertici italiani e internazionali".

Il cardiocirurgo ligure di origine, ma ormai pisano di adozione (viveva da molti anni nel cuore della città, in via San Martino), era uno specialista della chirurgia polmonare e può essere considerato il pioniere in città del trattamento medico e chirurgico dei tumori pleurici e dei timomi, ovvero le neoplasie epiteliali rare del timo che hanno origine dall'epitelio della ghiandola timica.

Inoltre, Angeletti, insieme è stato con il professor Mario Mariani, scomparso nell'ottobre del 2017, ideatore e fondatore di uno dei fiori all'occhiello della sanità pisana, il dipartimento cardio-toraco-vascolare dell'Aoup.

Gab. Mas.

© Riproduzione riservata



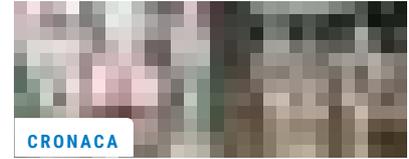
ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER

RIMANI SEMPRE AGGIORNATO SULLE NOTIZIE DI PISA

ISCRIVITI

CRONACA

Montagna, morti due alpinisti. Un 23enne ucciso da un masso sulle Tre Cime di Lavaredo



CRONACA

Terremoto: "Noi, familiari delle vittime. Alla veglia perché senza memoria non c'è futuro"

Monrif.net Srl
A Company of **Monrif Group**
Dati societari **ISSN** **Privacy**

Copyright© 2019 - P.Iva 12741650159

CATEGORIE

Contatti
Lavora con noi
Concorsi

ABBONAMENTI

Digitale
Cartaceo
Offerte promozionali
Emozioni quotidiane

PUBBLICITÀ

Speed ADV
Network
Annunci
Aste E Gare
Codici Sconto

NELLA NOTTE

Donna aggredita finisce all'ospedale Attivato il codice rosa

PISA. Quando è stata soccorsa la donna era in difficoltà, spaventata e con alcune contusioni.

Alle forze dell'ordine intervenute, su richiesta del 118 di Livorno Pisa, la giovane ha raccontato di essere stata picchiata e minacciata da un uomo con il quale ha avuto una relazione sentimentale.

Nella notte l'ennesima situazione a rischio e la donna poi è finita all'ospedale per le contusioni. Questo il fatto.

La vittima delle percosse è stata curata e affidata, stando a quanto è stato reso noto nella giornata di ieri, alle attenzioni del personale che si occupa del codice rosa, un percorso che si attiva ogni volta che al pronto soccorso arriva la vittima di una violenza che vuole essere aiutata e strappata dal contesto in cui subisce minacce, percosse e altre forme di violenza psichica o psicologica.

È quanto è successo anche l'altra notte quando la cittadina, che è stata aggredita in circostanze che dovranno essere meglio chiarite,

è arrivata all'ospedale di Cisanello.

Non è stato spiegato se l'uomo, mentre la minacciava con una pistola, l'ha costretta a cedere alle sue richieste anche di carattere sessuale. Tutto ciò che ha a che fare con il contesto della violenza è stato mantenuto nella massima riservatezza.

La donna è però stata presa in carico dal personale dell'ambulatorio che segue i codici rosa.

Questo fa pensare che abbia accettato di denunciare chi l'ha aggredita e minacciata per ragioni su cui dovranno essere svolte le necessarie indagini.

Era passata l'una quando una volante della polizia è stata chiamata in aiuto della signora che era stata aggredita.

Da quanto si è appreso, non sarebbe la prima volta che la donna subisce questo genere di attenzioni dall'autore delle minacce. Non è escluso che le forze dell'ordine abbiano già identificato l'uomo che la donna intende denunciare. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



TRAGEDIA SFIORATA

Urtato dal treno sui binari, non è grave

PISA. Tragedia sfiorata, l'altra sera, lungo i binari della ferrovia nella zona di Porta a Mare. Qui, quando mancavano pochi minuti alle 22, sono intervenuti i soccorritori del 118 perché sembrava che un uomo fosse stato investito dal treno. Quando l'ambulanza è arrivata sul posto ha trovato un uomo abbastanza confuso che diceva di essere stato urtato dal treno mentre lui si trovava lungo i binari in una situazione che comunque è poco chiara. Alla fine, stando a quanto è stato spiegato dal 118, il cittadino è stato trasportato al pronto soccorso con un codice vedere, quindi di scarsa gravità, per alcune contusioni.

Sul posto sono intervenute anche le forze dell'ordine per chiarire la situazione. —

 BY-NC-ND AL CUNDIRITTI RISERVATI



Nel 2018 preso in carico dai servizi fiorentini il 46% di soggetti in più del 2017. Se il trend venisse confermato si stimano per l'intero anno 2019 circa 310 utenti in carico

FASCE DI ETÀ



UOMINI
84,4%



DONNE
15,6%

DIABOLO TENTATORE

Gioco d'azzardo, 50enni più a rischio

Cresce il numero dei fiorentini in 'cura'. I dati dell'Asl. E il Comune scende in campo

di EMANUELE BALDI

CINQUANTINA superata, uomo, mezz'età di sbandi e navigazione a vista, discese ardite (parchie) e risalite in percentuale da zero virgola. È lui il fiorentino che gratta e rigratta i 'milioni' sui banconi del bar, studia i cavalli e poi ci punta fogli da cento alle corse, lui che si affida al Dio pallone la domenica e pigia come un ossessivo i tasti coloratissimi di slot e videopoker. Le tasche si svuotano, i rapporti si sgretolano.

La solitudine dell'azzardo. Ludopatia, parola tonda e fredda. Dietro di lei si annidano storie cupe e binari bui ma per fortuna, finché c'è modo di chiedere aiuto, mai morti del tutto. Il disturbo da gioco d'azzardo colpisce come una scure. Sempre di più. «Nel 2018 sono stati presi in carico dai servizi fiorentini il 46% di soggetti in più del 2017. - fanno sapere dall'Asl - Se il trend venisse confermato si stimano per l'intero 2019 circa 310 utenti in carico. Anche la stima dei primi 6 mesi, 166 utenti, porta a pensare ad un numero simile per l'anno in corso».

L'85% delle vittime della scommessa sono uomini, le donne ap-

pena l'11%. Pochissimi gli adolescenti (nemmeno l'1% di chi ha meno di 19 anni), pochi anche i giovani (i soggetti in cura che hanno dai 20 ai 29 anni sono il 9% del totale). I guai cominciano con l'età adulta, quando l'università, si presume, lascia il posto a un mondo del lavoro sempre più rarefatto e impermeabile. Fascia 30-39 anni (22,8% degli assistiti), fascia 40-49 (23,4%). Il picco, come detto, nella cinquantina (24,6%) ma anche dopo i sessanta si continua a sfidare la sorte (un paziente su cinque ha i capelli bianchi).

Insomma il problema c'è. È concreto, tosto. Tanto che Palazzo Vecchio ha deciso di metterci mano tirando su una task force interforze contro il gioco d'azzardo a sostegno delle fasce più deboli della popolazione. È questa l'ultima azione, in ordine di tempo, messa in campo dal Comune di con il progetto di comunità 'Reti di prevenzione'.

Il cuore del progetto, che coinvolge l'assessorato al Welfare guidato da Andrea Vannucci, la Società della salute di Firenze e l'Azienda Usl Toscana Centro, è il tavolo interistituzionale locale con funzioni di coordinamen-

to delle azioni di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico (gap) diffuso in modo trasversale nella nostra società (colpisce tutte le età e tutti i ceti sociali).

Numerose e diversificate sono le azioni messe in campo dall'amministrazione, che sta lavorando su più fronti e con vari assessori per contrastare e prevenire il fenomeno: si va dalle restrizioni orarie per le sale gioco e gli esercizi commerciali che ospitano le slot machine, ai limiti per renderne più difficile l'apertura fino ai controlli per monitorare le possibili irregolarità, passando per i vari progetti realizzate nelle scuole. Una delle prossime azioni sarà l'apertura a ottobre di due nuovi Centri d'ascolto, uno in via dei Serragli e l'altro in via Liguria, in sostegno dei giovani dipendenti dal



gioco d'azzardo e delle loro famiglie.

«IL GIOCO d'azzardo patologico è un problema di salute pubblica da non sottovalutare - dice Vannucci -, che coinvolge il giocatore, la sua famiglia e l'intera comunità di appartenenza. Pertanto va aggredito da punti di vista diversi. La nostra amministrazione è infatti fortemente impegnata a mettere in atto misure restrittive di contrasto e percorsi di prevenzione, informazione e sensibilizzazione dei cittadini

rispetto ai rischi di questo fenomeno». Nei giorni scorsi il capogruppo del Pd Nicola Armentano aveva rimarcato il concetto snocciolando i numeri relativi alle sanzioni elevate ad attività che non rispettavano l'ordinanza del luglio 2018 sulle slot machine: «Lavoreremo in questo mandato per essere città capofila in Italia per le azioni di contrasto e prevenzione a questa grave piaga sociale. I numeri non mentono: il + 32% di multe nei primi sei mesi di quest'annoci dice che siamo sulla strada giusta».

 **Scommesse dai 20 anni**

Pochi anche i giovani in cura che hanno dai 20 ai 29 anni (il 9% del totale). I guai cominciano con l'età adulta. Fascia 30-39 anni: 22,8% degli assistiti

 **I rimedi**

«Restrizioni orarie per le sale gioco»

Andrea Vannucci, assessore al welfare: «Si va dalle restrizioni orarie per le sale gioco e gli esercizi commerciali che ospitano le slot machine ai vari progetti realizzate nelle scuole»

 **I pericoli**



Videopoker e macchinette, la dipendenza aumenta



Troppe scommesse su cavalli e calcio son rischiose



Molti i casi di giocatori di 'Gratta e vinci' compulsivi



Troppi malori in mare o piscina: attenti agli sbalzi di temperatura

Il primario del pronto soccorso di Livorno, Alessio Bertini:
«Su chi è accaldato l'acqua fredda causa cali di pressione»

Il bagno sotto il solleone può essere devastante a qualunque età

Alfredo Faetti

Ci sono stati malori fatali in piscina. E in mare in questa estate nera in Toscana. Hanno colpito gli anziani, i bambini. E giovani adulti. Il fattore provato che più di ogni altro può causare un malore dopo un tuffo è lo sbalzo di temperatura. L'elemento "congestione" - l'obbligato di attesa delle tre ore dopo i pasti - invece, non hanno mai trovato riscontro scientifico come causa di malori fatali. Questo spiega Alessio Bertini, primario del pronto soccorso dell'ospedale di Livorno al quale abbiamo chiesto una guida di buone abitudini per prevenire i malori al mare.

ATTENTI ALLE CIRCOSTANZE

«Aspettare le canoniche tre ore dall'ultimo pasto prima di buttarsi in acqua è uno dei buoni consigli della nonna» conferma il dottor Bertini. Tuttavia per evitare i malori durante il bagno in acqua, in mare «contano più le circostanze dell'individuo» specifica in prima battuta il primario.

SIAMO TUTTIA RISCHIO

Cosa significa in concreto che contano «più le circostanze che l'individuo»? Significa che un malessere in acqua può col-

pire chiunque, al di là dell'età, del sesso e dello stato di salute. Conta di più come ci si immerge, l'allenamento fisico e le condizioni in cui si decide di fare il bagno. Per capire al meglio come poter prevenire il peggio, dunque, è bene partire dalla fine, ossia da un malore che si trasforma in tragedia.

SIMUORE PERANNEGAMENTO

«Qualsiasi sia il fattore che gli dà origine, dopo il malore l'individuo in mare si trova a inalare acqua, che è il principio dell'annegamento» spiega Bertini. La prevenzione, quindi, parte da come il bagnante si avvicina al mare. «È sempre bene essere prudenti e anche diffidenti con il mare, perché le circostanze possono cambiare a seconda dei casi».

PERICOLOSI GLI SBALZI DI TEMPERATURA

Una delle variabili alla quale si fa riferimento è la temperatura: «Se si è molto accaldati, occorre stare attenti al cambio netto di temperatura dopo il tuffo: l'acqua fredda porta a un calo di pressione che può dar origine a problemi cardiaci o al sistema respiratorio», spiega Bertini. Quindi un bagno sotto il sole leone può essere devastante.

BAGNARE CON CURA LA FACCIA

«Occorre stare attenti a come viene bagnata la faccia, perché è da lì che il corpo registra

lo sbalzo», continua il medico, che porta l'esempio di come si immergono i sub. «I sub si tuffano di schiena non soltanto per le bombole, ma anche per immergere soltanto da ultimo la faccia nelle acque gelide».

LA DIGESTIONE

E il fattore digestione? «Non ci sono prove scientifiche che occorra attendere due o tre ore dopo aver mangiato prima di fare il bagno», continua Bertini. Ciò non toglie che occorre sempre prestare una certa attenzione anche sotto questo aspetto: dopo un'abbuffata, per capirsi, è bene attendere un po' di tempo prima di andare in acqua, perché tuffarsi a pancia piena aumenta il rischio di innescare i meccanismi legati allo sbalzo di temperatura.

L'ALLENAMENTO

Altro fattore importante e verificato invece è l'allenamento. «L'uomo non è una creatura acquatica», sottolinea il primario e partendo da questa premessa spiega come lo stato di allenamento sia importante se si decide di farsi una lunga nuotata al largo. «Se l'individuo non è preparato a uno sforzo simile, contando che in acqua i movimenti sono molto più faticosi, c'è il rischio che possa accusare un malessere e, preso dal panico, non riesca ad inalare l'ossigeno necessario per riprendersi», dice Bertini. Tradotto: se il bagnante non ha la preparazione giusta e viene



colto da un banale crampo mentre nuota al largo, può non riuscire a recuperare l'ossigeno e l'energia giusta perché concentrato nel rimanere a galla. «Occorre stare attenti anche all'entusiasmo con cui ci immergiamo in acqua quindi», chiosa il primario.

STESSIMALORI PER TUTTI

Ma ci sono differenze? Vale lo stesso per i bambini? E per chi soffre di determinate patologie o disturbi? «Non ci sono soggetti più a rischio di malori in acqua di altri: contano le circostanze più che l'individuo come dicevamo – prosegue Bertini – L'età non cambia nulla e chi soffre di patologie dovrà star ancor più attento a quando si tuffa. Deve esserne consapevole lui in prima persona che ci sono delle insidie pronte a peggiorare le sue condizioni». Quindi il consiglio da seguire è «di essere prudenti, di capire il contesto in cui andiamo a tuffarci - conclude il medico - Se c'è mare mosso e non si ha una giusta preparazione fisica, meglio evitare. Così come se ci sentiamo troppo accaldati, meglio bagnare il corpo gradualmente». —

 BY NC ND ALIQUINI DIRITTI RISERVATI

LE BUONE ABITUDINI PER PREVENIRE I MALORI

- 1 Non immergersi di colpo se si è troppo accaldati
- 2 Evitare al corpo gli sbalzi di temperatura
- 3 Bagnare la faccia lentamente prima di buttarsi in mare
- 4 Immergersi con lentezza se si è stati molto al sole e si ha molto caldo
- 5 Approcciare il mare con prudenza, soprattutto se si è poco allenati
- 6 Attendere un tempo congruo prima di buttarsi in acqua se si è mangiato molto



Il primario Alessio Bertini

SOSTEGNO ALLE DONNE MALTRATTATE

Case rifugio e centri anti-violenza, la Regione stanZIA un milione e mezzo

Oltre 430mila euro sono destinati alle nuove strutture
«Risorse concentrate in servizi di supporto specializzati»

Samuele Bartolini

FIRENZE. Sono in arrivo i soldi per i centri anti-violenza e le case rifugio dove ospitare donne e bambini vittime di maltrattamenti. La Regione stanZIA poco più di 1 milione e 459mila euro per le strutture da aprire e per quelle già aperte. All'istituzione di nuovi centri anti-violenza e nuove case rifugio destina 432.300 euro. Mentre per il 2020 finanzia i centri anti-violenza e le case rifugio esistenti con 1.027.231 euro.

**NUOVI CENTRI
ENUOVE CASE RIFUGIO**

Sono le Conferenze dei sindaci o le Province, purché delegate da tutte le Conferenze dei sindaci del territorio di riferimento, a proporre l'istituzione di nuovi centri anti-violenza e nuove case rifugio. I soggetti attuatori sono le Società della Salute, il Comune o l'Unione dei Comuni individuato dalla Conferenza dei sindaci come capofila per la violenza di genere, la Provincia. I centri anti-violenza e le case rifugio presenti nell'ambito territoriale zonale danno una mano nella realizzazione di quelli nuovi. La Regione pubblicherà a breve un avviso rivolto agli

Ambiti territoriali di cui fanno parte le Conferenze dei sindaci.

Le risorse verranno ripartite a settembre per Ambito territoriale secondo la percentuale prevista nella ripartizione del Fondo sociale regionale. Si va dai 3.544 euro per l'Amiata senese e Val d'Orcia (0,82% è la quota assegnata dal Piano sanitario sociale integrato regionale) ai 48.158 euro per Firenze (11,14% la quota del piano socio-sanitario regionale). I soggetti interessati al contributo regionale dovranno presentare domanda entro i termini pubblicati nell'avviso.

CENTRI E CASE ESISTENTI

La Regione mette a disposizione 1.027.231 euro per il 2020. Ai centri anti-violenza, per il 30% i fondi vanno in parti uguali per tutti e per il 70% in base agli accessi registrati dall'Osservatorio sociale regionale sulla violenza di genere. Per quanto riguarda le case rifugio: le risorse sono ripartite per il 30% in base ai posti letto e per il 70% in base alle presenze in casa rifugio.

**DESTINATARI DEI FONDI
E SPESE AMMISSIBILI**

I contributi vanno a soggetti

pubblici e/o privati in possesso dei seguenti requisiti: aver avuto esito positivo alla richiesta di iscrizione al 30 giugno 2019 nell'elenco regionale dei centri anti-violenza e delle case rifugio e operanti in Toscana da almeno 6 mesi al 31 dicembre 2018. Sono ammissibili le spese sostenute per il personale specializzato (retribuzione e formazione), per beni e servizi (tinteggiatura, manutenzione ordinaria, mobili, ecc.), gestione del centro (pagamento bollette luce, acqua, riscaldamento, telefono, affitto, ecc.), ospitalità delle donne che devono essere allontanate dalla propria abitazione (acquisto vestiti, generi alimentari, trasporti, ecc.). Le strutture esistenti dovranno rendicontare le spese relative all'anno 2020.

OBIETTIVI DELLA REGIONE

La vice presidente e assessora alle pari opportunità Monica Barni spiega: «Per quanto riguarda i nuovi centri anti-violenza e le nuove case rifugio, vogliamo concentrare le risorse su progetti che si tradurranno in nuovi servizi di supporto specializzati. Sulle strutture già esistenti invece c'è la necessità di contribuire a sostenere nuovi servizi che negli anni si sono attivati». —





**LA VICEPRESIDENTE
DELLA TOSCANA MONICA BARNI,
DELEGA ALLE PARI OPPORTUNITÀ**



Un manifesto contro la violenza di genere

INTERVENTI E REPLICHE

Donazioni di sangue fino a 70 anni

La lettera del sig. Alessandro Prandi dello scorso 20 agosto «Donazioni di sangue: no allo stop dopo i 60» conferma che sono tantissimi i nostri cittadini che vorrebbero sempre sentirsi utili, a qualsiasi età, donando sangue, e a loro deve andare ogni giorno il nostro grazie. Qualche breve precisazione è però d'obbligo. Dal 2015, in Italia è possibile donare sangue anche fino a 70 anni, se il medico valutatore ritiene idoneo il candidato. L'aggiornamento della normativa ha tenuto proprio conto delle mutate aspettative di vita della popolazione. Non si tratta comunque di un diritto assoluto, ma di una possibilità qualora le condizioni di salute del donatore lo permettano. A tutti coloro che, per ragioni di salute o di età, non possono più donare sangue, mi piace però ricordare che possono continuare a sostenere come volontari e soci non donatori le associazioni. La loro presenza e il loro impegno sono oggi fondamentali in tante nostre sedi e ci permettono di avvicinare ogni giorno nuovi donatori, garantendo ai malati un farmaco prezioso come il sangue e i suoi derivati.

Gianpietro Briola

Presidente Avis nazionale



IL CASO

I 10 comandamenti dell'economia

I «PRECETTI» PER L'ECONOMIA

Spesa pubblica: il falso mito della solita Italia

Ecco le cose da fare per dare un futuro all'Italia. Sono state raccolte in un libro da un gruppo di esperti. Che i politici non ascolteranno

di **Angelo Allegri**

A farli rispettare non c'è riuscito Mosè, figuriamoci un pugno di tecnici e professori d'università. Impartire dei comandamenti vuol dire rassegnarsi a vederli violati. Tanto più se si parla di economia e tanto più se l'economia è quella dell'Italia, nella cui sfera pubblica anche le più semplici norme del buon senso vengono spesso e volentieri ignorate. Eppure, Carlo Cottarelli e Alessandro De Nicola, ex Mister mani di forbice e premier incaricato il primo, avvocato e presidente dell'*Adam Smith*

Society il secondo, hanno deciso di provarci ugualmente. Raccolto un gruppo di esperti, hanno messo nero su bianco «I dieci comandamenti per l'economia italiana», riuniti in un corposo volume pubblicato da Rubbettino nelle settimane scorse.

MANUALE D'USO

A dirla tutta più che un decalogo, si tratta di una sorta di vademecum sulle cose da fare e da non fare e di un'opera di confutazione dei «falsi miti» ormai diventati moneta corrente nel dibattito politico-economico della Penisola. Concezioni quasi magiche dell'economia che convergono, scrivono i due autori-coordinatori, «verso una specie di pensiero unico per il quale non ci sarebbe limite



ai pasti gratis che si possono distribuire e alla saggezza dello Stato nel fare da elemosiniere, se non fosse per il complotto di non ben identificate élite, o poteri forti nazionali e internazionali, che impongono al popolo tasse, austerità, privatizzazioni per favorire rapaci prenditori, tetti a spese utili, necessarie, imprescindibili e insomma ostacolano un benessere generale altrimenti a portata di mano».

Stato e spesa pubblica, insomma: è la ricetta tradizionale della sinistra, ormai diventata popolare (come dimostra l'operato del governo gialloverde) anche in parte di quello che era un tempo il centrodestra. A separare l'Italia dalla ripresa, secondo questa vulgata, non sono le leggi dell'economia ma il vincolo rappresentato dai «numerini» di Bruxelles, agitati sotto il naso degli italiani da una casta di funzionari che nessuno ha eletto. A fare da traino, invece, può essere un aumento delle elargizioni statali, magari da finanziare a deficit. Secondo Cottarelli è il riflesso di una forma mentale ormai profondamente incistata nella Penisola, di «un clima che è alla base dello stesso accumulo del debito pubblico nel corso degli anni '70 e '80. In quel ventennio la spesa pubblica venne utilizzata per ridurre le tensioni sociali che si erano via via acuite dopo la fine del miracolo economico. Da allora la spesa pubblica è stata percepita come qualcosa che potesse essere finanziato senza costi di alcun genere per l'economia e la società». È, come detto, l'illusione che esistano pasti gratis.

Se fosse vero, verrebbe da dire, se la spesa pubblica, con gli immancabili corollari di elevato livello di tassazione e/o elevato indebitamento, fossero premessa della crescita, l'Italia avrebbe fatto negli ultimi anni passi da gigante nella classifica della ricchezza. Così ovviamente non è stato. Ed è quasi un dettaglio ricordare (lo fa lo stesso Cottarelli) che l'unica spesa suscettibile di dare frutti durevoli sul tasso di crescita, quella per investimenti, è stata anche l'unica a crollare: sotto i colpi della crisi e di politiche di bilancio orientate sul brevissimo termine, ha fatto segnare un impressionante -42%, al netto dell'inflazione, tra il 2010 e il 2017. È lo stesso tipo di politica seguita dal governo appena caduto, in cui gli aumenti di spesa corrente (fondamentalmente per reddito di cittadinanza e quota 100), sono andati a danno degli investimenti in innovazione, capitale umano e infrastrutture.

RITORNO AL PASSATO

Quota 100, oltre che per gli effetti, immediati e meno, sul bilancio pubblico, ha la caratteristica (e lo fa notare nel capitolo dedicato al tema Giuliano Cazzola) di essere l'ennesimo intervento assunto, con la testa «rivolta all'indietro». Nel senso che l'ultima cosa a cui ha pensato è come garantire un assegno pensionistico per il futuro ai lavoratori giovani di oggi «chiamati per decenni a versare un terzo del loro reddito per finanziare le pensioni in essere».

Il provvedimento è stato inoltre costruito sulla base di una serie di assunzioni già abbondantemente rivelatesi fallaci: prima di tutto che la legge Fornero avesse costituito un «tappo» di anziani non pensionabili che bloccava le nuove assunzioni e che quota 100 fosse in grado di mettere in moto un potente «effetto sostituzione», con una ricaduta positiva sul numero degli occupati. Le prime cifre disponibili dimostrano che era solo un bel desiderio rimasto tale. Per almeno tre ordini di motivi: forze lavoro di età diverse non sono omogenee tra loro; una più elevata spesa per pensioni rischia di pesare al rialzo sui contributi dei lavoratori disincentivandone l'assunzione; una maggiore spesa pensionistica può portare a un ulteriore appesantimento dei conti pubblici e della situazione economica complessiva, anche qui con ricadute negative sull'occupazione.

I «Dieci comandamenti» partono comunque da un presupposto esplicitato, un «filo conduttore» che si snoda lungo tutti i capitoli del testo, la fiducia nel mercato come luogo in grado di garantire al meglio efficienza ed equità. A parte i riconoscimenti di maniera, l'idea è di quelle che in Italia fanno fatica ad imporsi. «I rapporti delle organizzazioni internazionali», scrivono Simona Benedettini e Carlo Stagnaro, «sollevano regolarmente preoccupazioni in merito alla non adeguata considerazione che la concorrenza riceve nell'agenda politica ed economica del Paese. Sia la Commissione europea sia il Consiglio, nelle rispettive raccomandazioni nel semestre europeo 2018, hanno evidenziato le numerose zavorre anti-concorrenziali». È quasi una barzelletta, anche se purtroppo non è tale, che la legge annuale per la concorrenza, obbligatoria in Italia fin dal 2009, è stata da allora varata una volta sola. E alla categoria buon umore può essere iscritta anche la recente uscita del

vice-premier Di Maio, che nel rivendicare per il nostro Paese la poltrona di Commissario europeo anti-trust, spiegava che sarebbe stato un buon sistema per proteggerci dai molti procedimenti per aiuti di stato e procedure anti-concorrenziali che ci vedono sul banco degli imputati.

Rispetto a qualche anno fa, le liberalizzazioni ci sono state: commercio, finanza, clettricità, gas e telecomunicazioni sono ormai mercati aperti. Restano, scrivono Benedettini e Stagnaro, aree in cui il vento del mercato arriva fiavole, come gli ordini professionali: «In tutti gli ambiti, dai notati agli avvocati, dalle professioni tecniche alle farmacie, nonostante la regolamentazione si sia evoluta in modo molto rilevante dall'inizio degli anni Novanta, l'impronta della disciplina vigente rimane corporativa e anti-concorrenziale».

PRIVATIZZARE PER FINTA

Sul tema incombe poi un feticcio che sembrava ormai appartenere al passato: lo stato-imprenditore. Nell'autunno del 2018 il governo gialloverde convocò tutti i vertici delle aziende a partecipazione pubblica chiedendo loro investimenti e assunzioni, soprattutto al Sud.

Un segnale di quanto le aziende di Stato, magari formalmente privatizzate, venissero considerate ancora di proprietà collettiva. E quando si è trattato di risolvere crisi aziendali gravi e complesse le voci di chi invocava la «pubblicizzazione» non è mai mancata. Fino al tristissimo caso di Alitalia, in cui non ci si è fatto scrupolo di coinvolgere un'azienda pubblica che opera in aree che dovrebbero sempre più essere aperte al mercato e che invece è stata cooptata per un'operazione di salvataggio più che opaca dal punto di vista imprenditoriale. Perché, secondo Alessandro De Nicola, se si guarda alle privatizzazioni «formali», l'Italia è più o meno allo stesso livello degli altri grandi Paesi europei. Ma se si guarda a quelle «effettive o sostanziali, ossia quelle in cui il socio pubblico ha ceduto l'intera partecipazione o ha comunque ceduto il controllo», la classifica è completamente diversa: il nostro Paese è al penultimo posto in Europa. Da noi si sono vendute un po' di azioni per fare cassa. Ma nella maggior parte dei casi è sempre lo Stato a occuparsi di settori in cui non dovrebbe mettere becco.

I comandamenti per l'economia italiana

I La spesa pubblica
non fa miracoli
Spendi meno e spendi meglio

II Flat tax o non flat tax
ricordati di riformare l'Irpef

III Pensioni:
non santificare
troppe feste

VII Trasporti:
se proprio devi distribuire
sussidi fallo a ragion veduta

IV Sanità pubblica
cura te stessa

VIII Rendi l'università
più efficiente

V I social media
non sono il paradiso:
cerca di capirli

IX La concorrenza
è un valore
Non desiderare
la rendita d'altri

VI Lo stato imprenditore
è come il vitello d'oro:
non adorarlo

X La crisi non è finita
Ricordati di riformare
banche e finanza

LE TASSE

Basta con il sistema di **Arlecchino**

L'esigenza di far cassa al più presto, o l'utilizzo della leva fiscale per i più diversi obiettivi, compresi i favori all'elettorato di riferimento. I due fattori conducono a un unico risultato: le tasse in Italia sono di una «complessità arlecchinesca», con un assetto «caotico e irrazionale». L'esempio più evidente, secondo Dario Stevanato, docente di Diritto tributario a Trieste, è quello dell'Irpef. Dovrebbe essere un'imposta sul reddito netto, e cioè tenere conto dei costi di produzione del reddito stesso, sia pure determinato non su base analitica ma forfettaria. E invece non è così. Le deduzioni previste (decrescenti all'aumentare dei ricavi) hanno piuttosto la funzione di creare delle fasce esenti dalla tassazione, per rispettare il principio di esenzione del minimo vitale. In compenso si sono creati sistemi paralleli, con esenzioni, agevolazioni, cedolari secche (per esempio le locazioni) o regimi sostitutivi tutti proporzionali. Talmente sono diffuse le deroghe che Stevanato si chiede se valga ancora il principio generale della progressività e dell'universalità della tassazione dei redditi o se invece il sistema sia ormai di fatto settoriale e proporzionale con un'imposta «speciale» progressiva su redditi da lavoro e pensioni. Un primo passo, dice, sarebbe almeno quello di omogeneizzare le aliquote dei diversi sistemi di tassazione sostitutiva.

SANITÀ

In ospedale si parla «**Lumbard**»

La sanità è la perfetta fotografia dell'Italia dominata dalla frattura tra Nord e Sud. Secondo Paolo Belardinelli e Alberto Mingardi, se si guarda al rapporto annuale dell'Osservatorio Ambrosetti sui sistemi sanitari, la differenza nel livello delle cure «tra i sistemi regionali migliori, cioè Emilia e Lombardia, e quelli peggiori, Campania e Calabria», non è molto diversa dal divario tra i migliori sistemi sanitari europei (Svezia e Olanda) e quelli peggiori (Grecia e Portogallo). Tra i sistemi regionali italiani ce n'è uno, quello lombardo, che secondo Belardinelli e Mingardi, si distingue dagli altri e che sembra presentare gli elementi più interessanti. Come da Costituzione è universalistico (tutti hanno accesso alle cure) e solidaristico (le prestazioni sono pagate dall'ente pubblico e non dal singolo beneficiario). Ma si basa su «un sistema misto di erogatori» di cure che sono sia pubblici sia privati, e vengono pagati dal Sistema Sanitario sulla base di un metodo (Drg, ovvero diagnosis-related group) mutuato dalle assicurazioni Usa. L'originalità è la separazione tra regolazione, finanziamento ed erogazione della prestazione. Il limite è quello del falso federalismo italiano, che non ha previsto il ribaltamento della piramide fiscale: le spese delle Regioni continuano a dipendere da imposte raccolte dal governo centrale.

L'UNIVERSITÀ

Licenziamo quei **professori**

L'università italiana fa il suo dovere per il Paese? La risposta di Carlo Scarpa, docente di economia a Brescia, è dolorosamente negativa. Gli atenei italiani sono molto indietro nelle classifiche internazionali (anche se i dati sulla ricerca sembrano migliori) e quanto alla funzione di trasmissione del sapere siamo agli ultimi posti per la produzione di laureati (26% nella fascia d'età tra i 26 e i 35 anni contro il 39% della media europea). C'è un problema di contesto che incide negativamente sulla performance degli atenei della Penisola. Ma c'è anche un problema di selezione e di gestione dei docenti. «Oggi l'università è di fatto gestita come una cooperativa nella quale i lavoratori (e cioè i professori; ndr) non solo hanno il potere e non sono licenziabili, ma nel quale le loro mansioni non possono essere modificate». La condanna è a una «obsolescenza irrimediabile». Per questo, secondo Scarpa, un primo passo potrebbe essere quello di «dare la possibilità all'ateneo di gestire le carriere dei docenti in modo più incisivo di quanto avvenga adesso, richiedendo che la produttività dei docenti sia soggetta a verifiche vere e non solo formali e introducendo con tutte le cautele e la gradualità del caso - il principio della licenziabilità dei docenti che non mantengono standard adeguati».

BANCHE

Qui ci vuole
un regista capace

La grande crisi finanziaria è ancora tra noi, almeno se si guarda alle conseguenze. A più di 10 anni dal fallimento di Lehman Brothers le banche europee, e quelle italiane in particolare, sono solo parzialmente al sicuro. Dal punto di vista patrimoniale, sostengono Giuseppe Lusignani e Marco Onado, il sistema finanziario è molto più robusto. Lo stesso si può dire per il piano regolamentare, mentre i passi avanti sul percorso di una Unione bancaria europea hanno consentito a Mario Draghi di salvare l'euro. Detto questo, il sistema «porta ancora in sé i germi della patologia che ha alimentato non solo la bolla europea, ma anche quella americana».

Di che cosa si tratta? Prima di tutto dell'eccesso di debiti, che non è stato toccato. In secondo luogo l'Europa ha dimenticato «una grande lezione della storia delle crisi bancarie, non solo recenti. E cioè la necessità di una regia, spesso e volentieri con l'impiego di capitali pubblici». Salvati con i soldi statali gli istituti francesi, tedeschi, britannici e irlandesi l'Europa ha chiuso la possibilità di far ricorso a risorse pubbliche. Per le banche italiane la soluzione al problema del boom dei crediti deteriorati, legato all'onda lunga della crisi, non può dunque essere che di mercato. E non prossimi anni contribuirà all'ormai strutturale ridimensionamento della redditività.



per saperne
di più

«Dieci comandi per l'economia italiana», curato da Carlo Cottarelli e Alessandro de Nicola (prefazione di Lorenzo Infantino) e presentato in queste pagine è pubblicato da Rubbettino Editore.

I curatori sono anche autori dei capitoli dedicati alla spesa pubblica (Cottarelli), stato imprenditore e liberalizzazioni (De Nicola). Gli altri autori sono Dario Stevanato, che si occupa della ormai necessaria riforma dell'Irpef, Giuliano Cazzola (sistema pensionistico), Alberto Mingardi e Paolo Belardinelli (Sanità), Franco Debenedetti (politica industriale e social media) Marco Ponti e Francesco Ramella (Politica dei trasporti), Carlo Scarpa (Università), Simona Benedetti e Carlo Stagnaro (rendite di monopolio e apertura dei mercati), Giuseppe Lusignani e Marco Onado che si occupano di banche e finanza dopo la crisi.

*Riforme
mercato e
regole: in un
volume di
Rubbettino
le strade
per tornare
a crescere*

*Ma dagli
anni Settanta
in poi
la tentazione
è sempre
la stessa:
affidarsi
allo Stato*

L'assenza di diversi decreti attuativi della legge Gelli-Bianco crea incertezza nel settore medico

Sanità, stallo sulle polizze

DI ROBERTO MILIACCA

T*ra i settori del paese che più risentiranno dello stop imposto dalla recente crisi di governo c'è quello della sanità. Professionisti e strutture sanitarie sono infatti da tempo in attesa che il Mise dia il via libera ai decreti attuativi in materia assicurativa, previsti dalla legge 24/2017, cosiddetta Gelli-Bianco, sulla responsabilità professionale sanitaria. La legge, che ha posto un «obbligo assicurativo» a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, prevede, all'articolo 10, comma 6, che, con decreto del ministro dello sviluppo economico, di concerto con i ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, vengano determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il decreto attuativo dell'articolo 10, comma 6 della legge Gelli-Bianco è fondamentale sia per cercare di regolamentare e riaprire il mercato assicurativo del med-mal sia per regolamentare le c.d. misure analoghe, in caso di assenza o di parziale copertura da parte dell'assicurazione. In attesa di questi provvedimenti, come denunciano molti degli avvocati che Affari Legali ha sentito questa settimana, la giurisprudenza si sta muovendo in ordine sparso, con i magistrati di Milano che, per giudicare vicende di responsabilità sanitaria, adottano tabelle di risarcimento differenti da quelle utilizzate dai colleghi di Roma. Una situazione di incertezza che ha spinto di recente il Collegio italiano dei chirurghi a scrivere alla ministra Giulia Grillo chiedendole di «rivedere la definizione di "colpa medica"», emendando per impedire l'accesso alle denunce nel «penale», come nel resto dell'Europa ed emanare i decreti attuativi della legge 24/17.*



Affari Legali

Sanità, riforma
Gelli-Bianco al
palo sulle polizze
da pag. 29

Dopo due anni, mancano ancora diversi decreti per definire il sistema di responsabilità

Sanità, la riforma Gelli-Bianco ancora al palo su rc e polizze

I giudici, al Nord e al Sud, trattano diversamente i casi

Pagine a cura
di **FEDERICO UNNIA**

Polizze sanitarie, tutto ancora in alto mare. Sul delicato tema della copertura assicurativa per le strutture pubbliche e private e per il personale che vi opera, previste dalla legge Gelli Bianco (legge n. 24/2017) mancano infatti ancora indicazioni certe sulle tabelle per i risarcimenti. Con il risultato che si stanno creando situazioni differenti tra giudicati presi al Nord e quelli al sud, con il confronto tra le tabelle adottate dal tribunale di Milano e quelle di Roma. Il tutto mentre aleggia l'ipotesi di un arbitrato della salute per i casi di colpa medica, e con esso un algoritmo che permetta di condividere le informazioni sui singoli medici. «La legge Gelli-Bianco ha istituzionalizzato il cd. doppio binario per la responsabilità in ambito sanitario: contrattuale, a carico delle strutture sanitarie (pubbliche e private) e dei medici libero professionisti; extracontrattuale, per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica o privata o in rapporto convenzionale con il servizio sanitario nazionale. Riscontriamo che spesso gli strumenti deflativi del contenzioso quali la mediazione non portano ai risultati sperati», spiega **Federica Bargetto**, partner di **Roedl & Partner**. «Ciò è probabilmente dovuto anche alla complessità delle questioni

medico-legali sottese all'accertamento della responsabilità. La maggior parte dei casi finisce quindi per approdare alle aule di giustizia». «Auspichiamo che i decreti attuativi vengano emanati al più presto e che siano idonei a uniformare le posizioni della giurisprudenza che attualmente, per alcune questioni, sono ancora contrastanti. Ad esempio, è dibattuto se in sede di Atp (accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c.) sia possibile l'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore, prevista dalla legge Gelli-Bianco, ma per la quale ad oggi manca ancora il relativo decreto ministeriale attuativo».

«Ad oggi, la gestione della rc sanitaria da parte delle strutture può avvenire in autorizzazione del rischio o stipulando apposita polizza assicurativa», spiega **Stefano Rossi**, partner di **Grimaldi Studio Legale**. «La novità della Legge Gelli che preoccupa le assicurazioni è quella dell'azione diretta del danneggiato nei loro confronti. C'è la probabilità che l'ente resti contumace, per cui, dato che i tempi per la costituzione spesso non consentono neanche di completare l'istruttoria interna, la compagnia si troverebbe a dover gestire la controversia senza disporre delle informazioni necessarie per approntare al meglio la propria difesa. La Gelli fa riferimento unicamente agli artt. 138 e 139 del codice delle assicurazioni private in materia di lesioni microperma-

nenti. Si ravvisa la necessità della redazione di una tabella unica nazionale, che superi l'impasse creatasi nei tribunali italiani data dall'applicazione, in alcuni casi, delle Tabelle elaborate dal Tribunale di Milano (per la Cassazione a «vocazione nazionale») e, in altri, delle Tabelle di Roma».

Secondo **Simona Cardillo** senior associate di **Lexant** «la legge Gelli, ha confermato la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria e quella extracontrattuale della responsabilità dell'operatore sanitario e ha posto un obbligo assicurativo a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, prevenendo però che questo possa essere sostituito dall'adozione di «altre analoghe misure», quali la creazione di fondi destinati ed altri sistemi di autorizzazione del rischio assicurativo o di autoassicurazione. La criticità è data dal fatto che tali «altre misure», non eliminano il rischio di insolvenza del debitore, rischio che solo il contratto di assicurazione è in grado di dissipare».

Tra le voci che sono circolate



nelle ultime settimane anche la previsione di un arbitrato della salute per colpa medica. «Si parla di 300 mila cause pendenti contro i medici in tutta Italia: l'esigenza di un intervento che disincentivasse e liti pretestuose non era più rinviabile. L'Arbitrato della salute mira alla soluzione bonaria delle controversie in materia di responsabilità medica, attraverso l'istituzione di un organismo di diritto pubblico che possa offrire le migliori professionalità del mondo giudiziario, legale, medico-legale, assicurativo e psicologico, al fine di una soluzione conciliativa davvero condivisa. Sarà un efficace strumento per ristabilire un equilibrio nel rapporto tra medici e pazienti. Sulla carta sembra effettivamente una soluzione virtuosa, ma l'effettivo impatto, in termini di disincentivo al contenzioso evitabile e di miglioramento del rapporto cittadini - sanità, potrà essere valutato solo nel medio lungo periodo» aggiunge Cardillo.

Secondo **Sara Biglieri**, partner e **Andrea Papeschi**, senior counsel di **Dentons** «la Gelli è ancora un cantiere in movimento. Il miglioramento e l'applicazione della disciplina sulla responsabilità sanitaria. Si leggano le nuove norme che differenziano in modo chiaro la responsabilità di natura contrattuale della struttura sanitaria da quella extracontrattuale del medico, con le relative conseguenze. Passi avanti sono stati fatti anche rispetto ad altri temi centrali, come il risk management e gli obblighi assicurativi, quantomeno a livello di principi generali. Ci sono ancora lacune da colmare, ma il giudizio complessivo sull'ultima riforma è positivo. Tra le criticità più frequenti segnaliamo la difficoltà di differenziare e applicare correttamente i criteri della negligenza, imprudenza e imperizia, e dunque di delimitare le responsabilità di volta in volta configurabili, anche penali, e le relative esimenti; l'incertezza nella tipizzazione delle buone prassi mediche idonee a limitare la responsabilità dei sanitari, che purtroppo non è venuta meno a seguito del sistema nazionale delle linee guida».

«L'art. 7 della legge Gelli stabilisce che il danno che deriva dall'attività di una struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e di un esercente la professione sanitaria debba

essere risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private e, ove necessario, integrato con le procedure previste dal predetto codice per tenere conto delle fattispecie non previste dalle tabelle stesse», sottolinea **Laura Cavarretta** senior associate di **Pavia e Ansaldo**. «Gli articoli 138 e 139 si occupano, rispettivamente, di lesioni di non lieve entità e di lesioni di lieve entità. Esistono già dei parametri applicabili per il risarcimento delle lesioni di lieve entità, mentre non esistono ancora parametri applicabili per il risarcimento delle lesioni di non lieve entità, dal momento che l'articolo 138 rinvia ad una tabella unica nazionale che non è ancora stata emanata. Per quanto riguarda, quindi, la quantificazione dei danni di non lieve entità sono ancora adottati i criteri tabellari ordinari per la liquidazione del danno alla salute, come le tabelle del tribunale di Milano o di altri tribunali». «L'uso dello strumento dell'arbitrato con tali finalità potrebbe ridurre i contenziosi civili in tale materia e consentire una definizione bonaria delle contestazioni in tempi rapidi. Ormai da anni è obbligatorio il procedimento di mediazione prima dell'instaurazione delle cause civili in materia di responsabilità medica. Le procedure di mediazione hanno però ridotto i contenziosi soltanto marginalmente, per l'assenza nella maggior parte dei casi di professionisti medico legali coinvolti a supporto della procedura di mediatore» conclude.

Secondo **Ugo Ruffolo**, decano in materia di responsabilità medica e sanitaria, «le azioni di responsabilità medica, un tempo rare e oggi quasi eccessive, sono passate dalla responsabilizzazione, soprattutto penale, del medico a quella, soprattutto risarcitoria, della struttura sanitaria. La legge Gelli potenzia quest'ultima, assicura parziali immunità ai medici «strutturati» e incrementa gli obblighi assicurativi. Nel passaggio dal vecchio al nuovo regime, la questione più importante è la «retroattività» o meno della legge Gelli: molti giudici la applicano solo ai casi di malasanità sopravvenuti; per quelli anteriori resta così molto più pesante il regime di responsabilità dei medici «strutturati» interni all'ente, sia verso i pazienti che a fronte delle azioni di rivalsa della struttura».

«Per chi, come noi, si occupa

di responsabilità professionale dalla parte delle strutture e dei professionisti», spiega **Silvia Pari** dello studio **Stefanelli&Stefanelli**, «una delle maggiori difficoltà pratiche rimane quella di costruire una difesa efficace nel rispetto dei tempi molto scanditi che sono propri del giudizio di accertamento tecnico preventivo a fini conciliativi (previsto dalla legge n. 24/2017 come condizioni di procedibilità della domanda risarcitoria, in alternativa alla mediazione). Si tratta, infatti, di uno strumento estremamente elastico e dinamico, molto fruibile per chi «attacca» ma assai concentrato nei tempi per chi, come la struttura/il professionista è, invece, chiamato a difendersi».

Secondo **David Marino** partner di **Dla Piper**, «la problematica principale rimane quella dei tempi di definizione dei processi e uniformità delle decisioni. Le nuove norme introdotte (obbligo della consulenza tecnica preventiva quale condizione di procedibilità) vanno nella direzione giusta. Anzi, questo obbligo potrebbe essere riproposto anche in altri ambiti diversi da quelli della responsabilità medica per contenere i tempi di definizione di quelle liti caratterizzate da profili di particolare complessità tecnica in cui, alla fine il ruolo del consulente nominato dal Tribunale è cruciale». «Lo strumento della consulenza tecnica preventiva introdotto dalla legge Gelli va nella direzione giusta», aggiunge Marino, «soprattutto se il consulente nominato dal tribunale è dotato di sufficiente autorevolezza. Prima di proporre altri strumenti alternativi di risoluzione delle controversie occorrerebbe analizzare i risultati ottenuti appunto con l'introduzione dell'obbligo di consulenza tecnica preventiva. Sulla base della legge Gelli, il danno da errore sanitario di lieve entità è quantificato secondo la tabella di liquidazione del danno biologico previsto dagli artt. 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private. Per i danni di non lieve entità continuano ad applicarsi le tabelle di liquidazione elaborate dal Tribunale di Milano, in attesa di una tabella di fonte legislativa».

Assai critico, **Nicola Todeschini**, fondatore dell'omonimo studio secondo il quale «è rappresentato oggi dall'imperfetta riforma Gelli Bianco del 2017 (alla quale ho dedicato un nuovo volume appena edito per Utet) che ha tentato di riforma-

re il settore producendo però un testo per molti versi amatoriale e a tratti meramente suggestivo, se non addirittura ambiguo e contraddittorio. Accanto alla lotta alla responsabilità contrattuale, incompiuta anch'essa, le regole in materia di responsabilità penale, lungi dall'essere salvifiche per i timori dei sanitari, come invece loro promesso, sono state redatte in modo così imperito da aver causato in pochi mesi il necessario intervento delle sezioni unite, davvero un ottimo risultato. Ambigua anche la previsione di termini entro i quali concludere l'iter dell'accertamento tecnico preventivo, paventati con imprudente formulazione e fonte di contrasti e prassi inutilmente defatigatorie. L'impressione che il legislatore scriva senza aver mai messo piede in Tribunale si fa strada sempre più convinta.

La generalizzata cattiva gestione dell'accertamento tecnico preventivo quale momento per la conciliazione ha di fatto allungato i tempi di gestione delle controversie, che a certe latitudini non si definiscono quasi mai in via transattiva. La verità è che a chi deve pagare la soluzione transattiva rapida... non piace. Le regioni in autoassicurazione non sono in grado di garantire tempi compatibili con quelli accettabili con l'effetto che la soluzione stragiudiziale diviene impossibile; gestiscono inoltre il contenzioso con l'autoritarismo tipico della p.a. che crede di poter imporre i propri accertamenti senza consentire alcuna discussione, che così si sposta davanti al giudice».

Infine, secondo **Luca Masotti**, partner di **Mbc Lex** «L'arbitrato è, in generale, un ottimo

strumento. Trovo però che tale strumento sia non idoneo nel campo medico. Mentre, infatti, nell'ambito societario l'arbitrato ben si adatta per velocità e oggetto degli interessi meramente patrimoniali, quanto alla responsabilità medica, che coinvolge la salute e vede come parti privati cittadini, ritengo sia più corretto e soprattutto più accettabile per la collettività che la tutela di questi diritti sia ancora affidata allo Stato nel senso lato. Le sentenze di merito sono ancora allo stadio di provvedimenti cautelari. Sicuramente sarà interessante vedere come si comporteranno le compagnie di assicurazione su cui, come per la responsabilità stradale, è spostato il focus, ma su questo punto mancano ancora la parte sui decreti attuativi circa l'azione diretta».

—© Riproduzione riservata—

RICCARDO ZOIA, SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI

Le cause contro le strutture mediche sono in crescita

«**P**artiamo dai numeri. Gli ultimi dati statistici (eseguiti a campione su 60 strutture sanitarie con 11000 sinistri esaminati) provenienti dal broker Marsh ci danno una media di 37 sinistri all'anno per struttura (sinistri in cui ci può essere colpa o non colpa) con una liquidazione media di 78mila euro. Il trend del numero dei sinistri, nel corso degli ultimi anni, è in lieve ma costante aumento (2-3 % per anno). Le aree specialistiche più interessate, come numero di sinistri, sono quelle chirurgiche - soprattutto l'ortopedia - anche se i risarcimenti più elevati, si hanno nell'ambito dell'ostetricia e ginecologia ove, benché, la frequenza sia molto bassa (circa il 3 % del totale dei sinistri) si raggiunge una media di liquidazione di più di 500mila euro (ovvero più di 5 volte rispetto alla media)». Numeri pesanti, quelli sciorinati da **Riccardo Zoia**, presidente di della



Riccardo Zoia

Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (Simla). «Il tasso di rischio complessivo è di 1,3 ogni mille ricoveri (quindi basso) ma con un costo, per ogni medico che lavora all'interno di un ospedale, di quasi 6000 euro. Quest'ultimo dato è particolarmente rilevante e spiega bene le difficoltà nell'assicurabilità dei medici».

Domanda. Qual è lo stato dell'arte in tema di responsabilità civile sanitaria e copertura assicurativa?

Risposta. I cambiamenti, sia in negativo sia in positivo, introdotti dalla legge 24/17, stanno cominciando a vedersi. Certamente, l'obbligatorietà di consulenze svolte da Collegi tra medico-legali e specialisti di branca interessata dal contenzioso nonché la possibilità di risoluzioni alternative alla causa ordinaria (mediazione e 696-bis) sono da considerarsi novità importanti.

Gli aspetti decisionali tecnici non rispettano, finora, gli standard previsti dalla legge Gelli in quanto il Sito nazionale delle Linee Guida, che dovrebbero sancire il metro di comportamento, non è stato ancora implementato.

D. Quantificazione del danno: quali indicazioni avete?

R. La legge Gelli ha equiparato il calcolo del danno da responsabilità sanitaria agli stessi parametri della responsabilità civile negli incidenti stradali; invece la giurisprudenza, soprattutto di Cassazione, è in forte fermento soprattutto nella ridefinizione del danno non patrimoniale di cui il danno biologico (quello che noi medici legali andiamo a valutare) è solo un aspetto. Oggi la discussione è principalmente concentrata sul danno morale, ovvero sulla sofferenza intima del danneggiato. In questo momento la situazione è nebulosa e incerta con violenti scontri culturali tra una visione nuova, portata a maggiore considerazione di questo aspetto, ed una più antica. Come Simla siamo in prima fila per portare un contributo a questo straordinario dibattito culturale.

—© Riproduzione riservata—

Ferraro (studio Fga): estendere il sistema misto

«**L**a legge Gelli Bianco ha finalmente recepito e fissato le regole generali e le procedure a cui devono fare riferimento le strutture sanitarie al loro interno per una più efficace gestione del rischio clinico, per limitare quanto più possibile le situazioni da cui possano derivare loro dei danni; ha anche legittimato l'ipotesi, alternativa all'assicurazione della responsabilità civile, che le strutture gestiscano in proprio (auto ritenzione) le richieste di risarcimento e le relative liquidazioni dei danni derivanti da malpractice», commenta **Marco Ferraro**, co-founder e managing partner di **Fga studio legale Ferraro Giove Associati**, studio specializzato in responsabilità civile e diritto delle assicurazioni, con focus nel settore della responsabilità sanitaria. «Tuttavia il sistema non ha ancora trovato l'assetto definitivo più efficiente per tutti gli interessati, compresi i pazienti. L'assenza dei decreti attuativi lascia



Marco Ferraro

nell'incertezza gli operatori delle strutture sanitarie sulle modalità di costituzione del fondo rischi (accantonamento di somme per i casi di malpractice individuati ma non ancora denunciati dal paziente) e del fondo di riserva per sinistri (per le richieste di risarcimento già pervenute), la loro impignorabilità e i criteri per la stima, sulla individuazione di un organo che controlli tali attività. Per quanto relativo all'obbligo assicurativo, si dovrà almeno equiparare la convenienza economica del ricorso all'assicurazione (eliminare o calmierare l'imposta sui premi) e regolamentare la costituzione del Fondo di garanzia. Una disciplina puntuale e completa può ulteriormente agevolare la diffusione del sistema misto di gestione dei sinistri (polizza assicurativa per i sinistri di alto valore – auto ritenzione) in parte già utilizzato dalle strutture, più rispondente alle esigenze di sollecito risarcimento del paziente danneggiato.

—© Riproduzione riservata—



Sara Biglieri



Andrea Pupeschi

INTERVENTI E REPLICHE

Minacce al professor Tamietto

Il Comitato scientifico Equivita e l'Associazione medico-scientifica Oltre la Sperimentazione Animale condannano le criminose minacce rivolte al prof. Marco Tamietto per le sue ricerche «Lightup» sui macachi (vedi articolo sul Corriere della Sera del 23/8/2019, pag. 21): la riteniamo una sciagurata provocazione che punta a intimidire anche coloro che si battono per un superamento dei test animali sulla base di argomentazioni scientifiche. Sono tempi difficili per più di un motivo. Solo un ampio contraddittorio libero, civile e democratico può togliere respiro agli estremismi e alle provocazioni.

Fabrizia de Ferrariis Pratesi

coordinatrice Comitato scientifico Equivita

Maria Concetta Digiacomò

Presidente Associazione Oltre la sperimentazione animale



SANTÀKO Appello dell'Oms per l'acqua

“Microplastica, ricerca sugli effetti nocivi”

» CHIARA DAINA

Le microplastiche sono ovunque. In ogni ambiente che frequentiamo. Nell'aria. Anche nell'acqua che beviamo: dal rubinetto, dalla sorgente o dalla bottiglia. Le microplastiche sono anche dentro di noi. Stefano Aliani, ricercatore del Cnr Ismar, ci aiuta a fare chiarezza: “Sicuramente non sono un killer istantaneo ma nel lungo periodo non sappiamo gli effetti che possono produrre nei nostri organi”. Per questo è importante rilanciare l'appello dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che nel rapporto *Microplastics in drinking water* chiede studi urgenti sulle conseguenze di queste sostanze sul nostro organismo. Le microplastiche provengono dal deterioramento di oggetti e tessuti sintetici. I pericoli potenziali sono associati al loro accumulo e alla loro tossicità. “L'Oms ha ragione - sottolinea l'esperto -. Come è possibile che non si sappia ancora nulla sugli eventuali danni all'uomo? Numerose ricerche hanno dimostrato che le microplastiche sono in grado di assorbire gli agenti inquinanti ed è noto che alcuni polimeri contengono additivi nocivi”. Una ragione in più per abbandonare la plastica, per salvare il pianeta e noi stessi.



Le 237 medicine introvabili “Rubate, esportate o esaurite”

Nella lista ci sono dai vaccini agli antitumorali. Tra le cause la dipendenza dall'industria straniera che non produce più i principi attivi poco redditizi. E la strategia dei grossisti che giocano al rialzo

I distributori preferiscono vendere all'estero, dove i prezzi sono più alti: ma ora c'è la norma che può impedirglielo

di Michele Bocci

Può capitare a chi prende un farmaco anticancro, a chi ha bisogno di un antibiotico, o ancora a chi sta curando una malattia neurologica cronica. Un giorno non trova più la sua medicina: in farmacia o nel reparto ospedaliero allargano le braccia. Spesso ci sono molecole alternative, quindi basta rivedere la terapia, ma qualche volta bisogna attaccarsi al telefono, protestare, implorare, farsi aiutare in qualche modo. Le carenze di farmaci sono ormai un problema continentale. Poche settimane fa il ministro alla Salute francese ha lanciato un allarme, e promesso una riorganizzazione del sistema di approvvigionamento e una semplificazione dei rapporti con l'industria. L'Italia non fa eccezione e anzi, per una delle radici del fenomeno, l'esportazione delle medicine più costose, è tra chi ha più problemi.

Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, tiene costantemente sotto controllo le cosiddette carenze temporanee. La lista pubblicata in questo momento è lunghissima: contiene 2.253 medicinali (dentro ci sono anche diverse formulazioni degli stessi principi attivi). Spesso sono molecole vecchie, che nessuno usa più, o

doppioni, farmaci facili da sostituire e che sono rimasti nel prontuario, notoriamente troppo esteso con le sue 16mila preparazioni. E allora è più interessante andare a vedere per quanti medicinali Aifa ha autorizzato Asl e farmacie a comprare all'estero, perché quello è il segnale che ci sono pazienti cui è materialmente mancata la terapia. Questa seconda lista oggi contiene 237 nomi (per circa 170 principi attivi): quelli degli introvabili. Ci sono antidolorifici, vaccini, antibiotici, ormoni, calmanti. Un po' di tutto.

Le carenze sono un problema complesso da affrontare anche perché hanno più cause. «La maggior parte dei casi sembrano legati a problemi sorti lungo la catena produttiva, ad esempio nella fase di reperimento e preparazione delle materie prime, dei prodotti intermedi, nel confezionamento o anche nella fase di distribuzione del prodotto finito», spiega Luca Li Bassi, direttore di Aifa, dove da poco è stato istituito un gruppo dedicato a questi problemi. «Mentre anni fa questi passaggi produttivi erano a carico di una o due aziende – prosegue Li Bassi – oggi ne possono essere coinvolte anche 5 o 6. Poi la globalizzazione dei mercati farmaceutici ha portato a una riduzione sostanziale del numero di produttori di materie prime. Con la conseguenza che, se c'è un problema con uno di questi, come è successo ad esempio per i sartani (anti ipertensivi, ndr) o più di recente per la bleomicina (antibiotico antitumorale, ndr), molti Paesi, se non continenti interi, finiscono col pagare le conseguenze in termini di

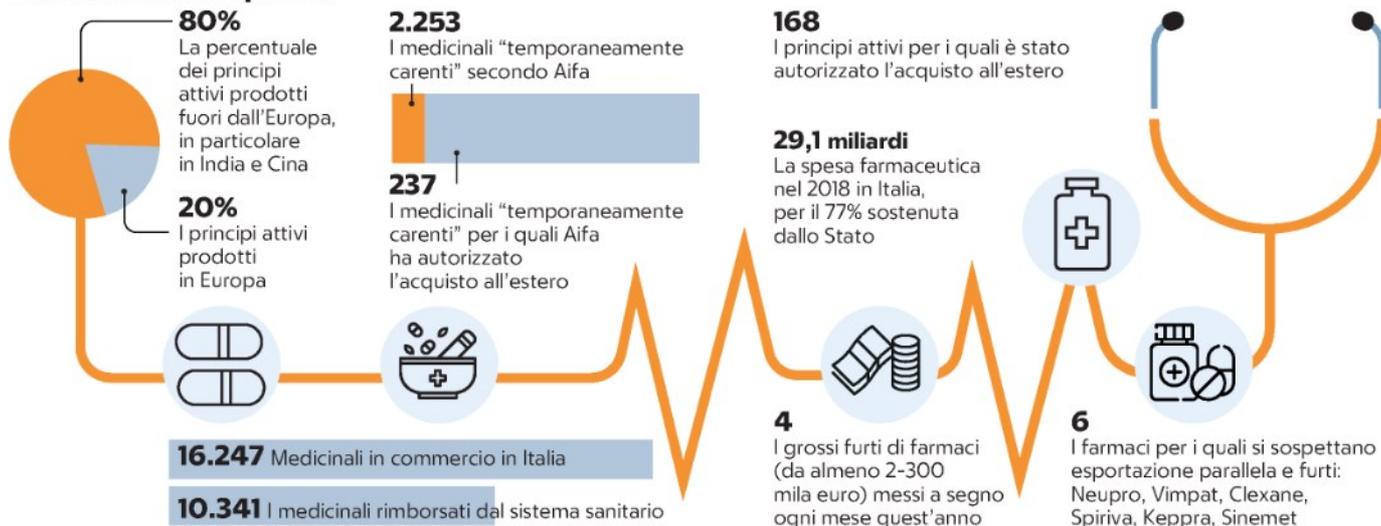
disponibilità del medicinale».

Nel suo recente allarme, la Francia ha reso noti i dati dell'Emea, l'agenzia europea del farmaco, da cui emerge come quasi l'80% dei principi attivi oggi venga prodotto in India e Cina. Appena trent'anni fa questa era la percentuale dei produttori europei. Ad essere più a rischio sono i medicinali economici o quelli usati da pochi pazienti, e quindi meno redditizi per le industrie. Ma la carenza riguarda anche l'altro estremo, cioè i farmaci più costosi. In questo caso il pericolo sono i furti, che proprio quest'anno in Italia sono ripresi in modo importante.

Un ulteriore problema è l'esportazione parallela, consentita dalla legge ai grossisti e pure ai farmacisti. Ci sono medicinali che all'estero costano di più? Chi li distribuisce decide di toglierli dal mercato italiano per guadagnare di più altrove. Ci sarebbe proprio questo fenomeno dietro alla recente carenza di sei prodotti, per i quali ci sono stati anche casi di contraffazione. E cioè Neupro, contro il Parkinson, Clexane, un'eparina, Vimpat e Keppra, antiepilettici e Spiriva, per problemi respiratori. Un po' diverso il caso del Sinemet, un anti Parkinson non costoso che quest'anno ha dato enormi problemi. È mancato per difficoltà produttive, ma Aifa ha deciso di contrastare la carenza applicando per la prima volta il blocco delle esportazioni, norma inserita dalla ministra Giulia Grillo nel decreto Calabria. Quando in Italia sono finalmente tornate un po' di dosi, si è voluto evitare che sparissero di nuovo.



I farmaci che scompaiono



Dodici anni di ricorsi ed è ancora precario: la battaglia di Paolo

LIVORNO. Gli elogi come ricercatore. Lo stop, ripetuto con una pervicacia che ha già portato l'ateneo in Tribunale, arriva con puntualità al momento di passare di ruolo. Uno sguardo strabico sulla carriera universitaria di uno studioso che da almeno 12 anni cerca di fare il salto nella categoria dei professori, ma ogni volta l'asticella non solo viene alzata. Viene proprio rimossa. Azzerando aspettative. Senza, però, spegnere la voglia di combattere. E, infatti, è già stato depositato il quarto ricorso al Tar. È la storia del dottor **Paolo Rognini**, 52 anni, di Livorno. Dal 1993, dopo la laurea (110/110) in Lettere, gravita in ambito accademico con incarichi di responsabilità.

Un viatico verso la cattedra? Dopo 12 anni ancora non si sciolgono i nodi di una vicenda che ha visto tre ricorsi, due al Tar e uno al Consiglio di Stato. Ora siamo a quota quattro. La vicenda parte nel 2007 quando viene bandito un posto per ricercatore a tempo indeterminato, qualifica che non esiste più, all'epoca facoltà di Economia sul settore di Geografia economico politica. Due i concorrenti: **Michela Lazzeroni** e Rognini. Le prove, due scritti e un orale, si svolgono nell'ottobre 2008. Vincitrice Lazzeroni e da qui inizia l'avventura legale. Nel dicembre 2011 il Tar accoglie il ricorso con annullamento delle prove e

condanna l'Università di Pisa (nella foto il rettorato) alle spese. Si arriva al 2012 dove Lazzeroni presenta ricorso al Consiglio di Stato. Ricorso respinto.

Si ritorna al concorso per la seconda volta, e nonostante l'istanza di ricasazione della commissione, un'istanza alla Commissione etica di ateneo per ingiustizia e disparità di trattamento e una segnalazione alla procura da parte di Rognini, tutto rimane invariato e nell'ottobre del 2012 risulta di nuovo vincitrice Lazzeroni. Riparte il ricorso al Tar, respinto una prima volta ma – e qui siamo nel 2017 – accolto in appello al Consiglio di Stato con annullamento delle prove.

Inizia poi il periodo delle commissioni che non riescono a costituirsi. Da quel giugno di due anni fa inizia il toto-commissione: tre, per la precisione, che appena nominate rassegnano le dimissioni. Si arriva a marzo di quest'anno dove si ripete per la terza volta il concorso che vede come unico candidato Rognini, visto che Lazzeroni ormai è associato. Anche senza "competitor" l'Università il ricercatore non lo vuole. Solo che da accademia bipolare gli stipula un contratto al Dipartimento di scienze della terra e gli conferisce un "ottimo con lode" per una tesi di dottorato sulla comunicazione tra scienza e politica. —

Pietro Barghigiani



LUTTO NELLA SANITÀ

Oggi l'ultimo saluto a Carlo Alberto Angeletti luminare della chirurgia

Il funerale si terrà questa mattina alle 11 nella chiesa del cimitero della Misericordia in via Pietrasantina

PISA. Addio a Carlo Alberto Angeletti, luminare della chirurgia toracica universitaria e "padre" della chirurgia toracica pisana. Aveva 87 anni, era nato a La Spezia l'11 marzo 1932, e si era laureato in medicina e chirurgia all'Università di Genova.

Fondò la chirurgia toracica a Pisa e nel 1987 divenne professore ordinario della disciplina, passando poi il testi-

monio nel 2002 ad Alfredo Mussi e poi, dal 2017, a Marco Lucchi.

Angeletti era uno specialista della chirurgia polmonare ed era considerato il pioniere a Pisa del trattamento medico e chirurgico dei tumori pleurici e dei timomi.

Il funerale si terrà oggi, lunedì 26, alle 11, nella chiesa del cimitero della Misericordia in via Pietrasantina.

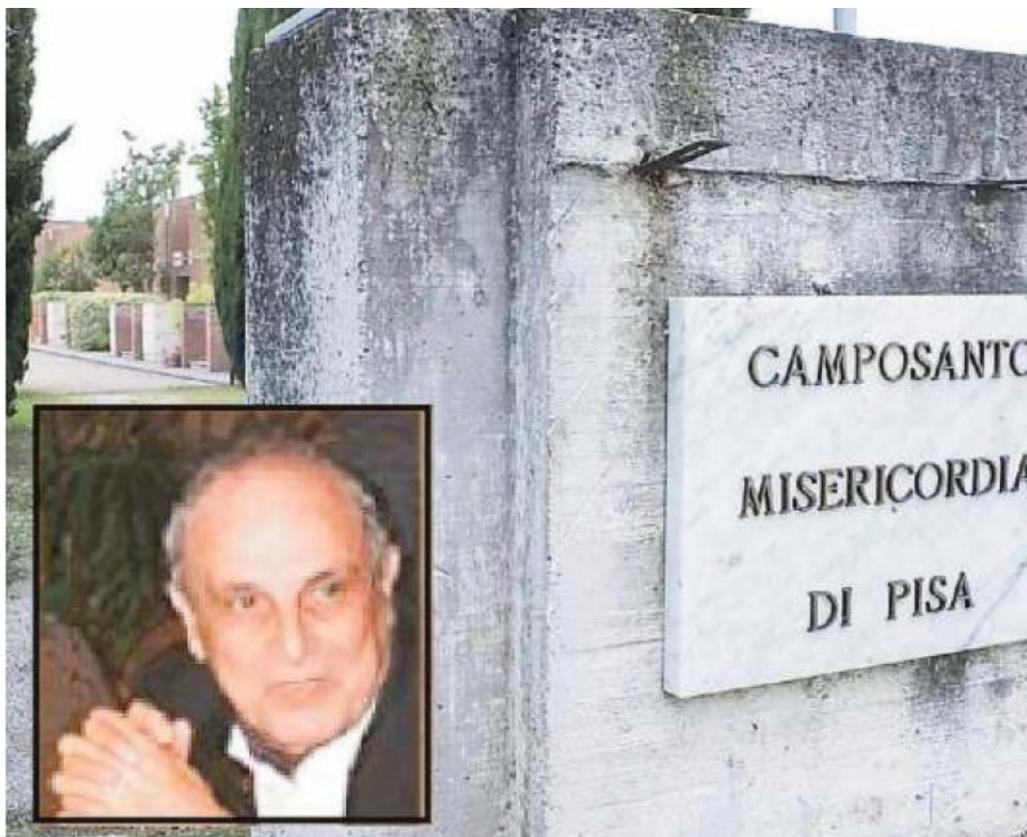
Il cardiocirurgo, ligure di origine, era ormai pisano di adozione: la sua abitazione era da molti anni nel centro storico della città, in via San Martino.

era uno specialista della

chirurgia polmonare e può essere considerato il pioniere in città del trattamento medico e chirurgico dei tumori pleurici e dei timomi, ovvero le neoplasie epiteliali rare del timo che hanno origine dall'epitelio della ghiandola timica.

Insieme al professor Mario Mariani, scomparso nell'ottobre del 2017, Carlo Alberto Angeletti è stato ideatore e fondatore di uno dei fiori all'occhiello della sanità pisana, il dipartimento cardio-toraco-vascolare dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana. —

BY NC ND AL QI IN D R I S E R V A T I



Il cimitero della Misericordia e, nel riquadro, Carlo Alberto Angeletti



RASSEGNA STAMPA DEL 26/08/2019

Gentile cliente, oggi non è stato possibile monitorare nei tempi le seguenti testate, poiché non disponibili:

VENETO: *Arena, Giornale di Vicenza*

EMILIA ROMAGNA: *Gazzetta di Modena, Gazzetta di Reggio, Nuova Ferrara*

Non appena possibile riceverete gli articoli di Vostro interesse.