

28 novembre 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

DICHIARAZIONE

Sanità: Costantino (Aris), “bene proposte del ddl concorrenza, ora misure concrete per invertire davvero la rotta”

27 Novembre 2024 @ 15:59

Importanti le novità per la sanità accreditata contenute nel ddl concorrenza, all’esame della Camera. L’art. 35 della proposta legislativa preannuncia infatti una revisione complessiva della disciplina dell’accreditamento con il Ssn. A tal fine intende sospendere, in via temporanea, l’efficacia delle misure introdotte in materia dalla legge 118/2022 (legge Concorrenza del 2022).

“Ritengo si tratti davvero di una buona notizia”, commenta Giovanni Costantino, capodelegazione **Aris**, auspicando che “l’iniziativa, richiesta anche da Aris e Aiop nel corso dell’audizione del 10 ottobre scorso, possa finalmente segnare un cambio di passo rispetto a quanto avvenuto negli ultimi decenni”. Secondo il giuslavorista “l’impostazione del d.lgs. 502/1992, originariamente ispirata alla parificazione e alla concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private, è stata di fatto più volte contraddetta dalla successiva evoluzione normativa, che ha dato prevalenza ad altre logiche. Nei trent’anni trascorsi dalla Riforma, il tema della concorrenza pubblico-privato è stato gradualmente ridimensionato e in sua vece si è imposto quello della concorrenza tra operatori privati, come è risultato evidente a seguito della legge 118/2022”.

Per Costantino, “dall’Esecutivo giungono dunque segnali confortanti che dovranno però trasformarsi in misure concrete. Se, infatti, non si invertirà la rotta, assicurando che strutture pubbliche e private accreditate tornino a operare con regole uniformi e con risorse idonee a coprire il costo dei fattori della produzione, anche sul piano contrattuale occorrerà cambiare modello e non sarà più possibile utilizzare la contrattazione collettiva del Ssn come riferimento anche nel settore privato”.

Ddl Concorrenza. Costantino (Aris): “Bene le proposte, ora occorre invertire davvero la rotta”

Secondo il giuslavorista, “dall’Esecutivo giungono dunque segnali confortanti che dovranno però trasformarsi in misure concrete. Assicurando che strutture pubbliche e private accreditate tornino a operare con regole uniformi e con risorse idonee a coprire il costo dei fattori della produzione, anche sul piano contrattuale occorrerà cambiare modello e non sarà più possibile utilizzare la contrattazione collettiva del SSN come riferimento anche nel settore privato”

27 NOV - Importanti le novità per la sanità accreditata contenute nel **DDL Concorrenza**, all’esame da ieri alla Camera. L’art. 35 della proposta legislativa preannuncia infatti una revisione complessiva della disciplina dell’accreditamento con il SSN. A tal fine intende sospendere, in via temporanea, l’efficacia delle misure introdotte in materia dalla legge 118/2022 (legge Concorrenza del 2022). “Ritengo che si tratti davvero di una buona notizia” - commenta **Giovanni Costantino**, capodelegazione **Aris**, auspicando che – “l’iniziativa, richiesta anche da Aris e Aiop nel corso dell’audizione del 10 ottobre scorso, possa finalmente segnare un cambio di passo rispetto a quanto avvenuto negli ultimi decenni”.

Secondo il giuslavorista “l’impostazione del d.lgs. 502/1992, originariamente ispirata alla parificazione e alla concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private, è stata di fatto più volte contraddetta dalla successiva evoluzione normativa, che ha dato prevalenza ad altre logiche. Nei trent’anni trascorsi dalla Riforma, il tema della concorrenza pubblico-privato è stato gradualmente ridimensionato e in sua vece si è imposto quello della concorrenza tra operatori privati, come è risultato evidente a seguito della legge 118/2022. Dall’Esecutivo giungono dunque segnali confortanti - conclude **Costantino** – che dovranno però trasformarsi in misure concrete. Se, infatti, non si invertirà la rotta, assicurando che strutture pubbliche e private accreditate tornino a operare con regole uniformi e con risorse idonee a coprire il costo dei fattori della produzione, anche sul piano contrattuale occorrerà cambiare modello e non sarà più possibile utilizzare la contrattazione collettiva del SSN come riferimento anche nel settore privato”.

27 novembre 2024



la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo

Giovedì 28 novembre 2024

Oggi con Salute e U

€ 2,40

POLITICA

La maggioranza spaccata

Forza Italia si smarca e al Senato si schiera con l'opposizione: il centrodestra va sotto, no al taglio del canone Rai chiesto da Salvini. La Lega si vendica e bocchia un provvedimento forzista sulla sanità in Calabria. Meloni striglia Tajani. Il Pd: il governo è allo sbando

Europa, passa di misura la nuova commissione di von der Leyen: mai così pochi voti

di Ciriaco, Colombo, De Cicco, Foschini, Frascilla, Tito, Vecchio e Vitale da pagina 2 a pagina 11

Uno strappo che lascia il segno

di Stefano Cappellini

Non bisogna mai sottovalutare il momento in cui un partito di maggioranza decide di votare in Parlamento contro il governo di cui fa parte...

continua a pagina 29



Strasburgo La nuova commissione europea guidata ancora da Ursula von der Leyen

Le idee

Il Doge di Musk e gli effetti del narcisismo

di Tito Boeri

Si chiama Doge e il nome non poteva essere più appropriato. I toni sono da sovrano assoluto, un editto cui si deve solo obbedire...

continua a pagina 29

Il reportage

Per le strade di Beirut nel primo giorno di tregua

BEIRUT - Nel primo giorno di tregua, più ci si avvicina al cratere di Beirut e più si avverte l'eccitazione della folla...



dal nostro inviato Fabio Tonacci

fanno da proscenio al carosello scita. Che rumore fa un cessate il fuoco? Fa il rumore della guerra...

alle pagine 12 e 13 servizi di Di Feo e Ginori

Domani in edicola



Sul Venerdì un conclave da Oscar

La memoria

Marias lo speleologo del cuore

di Javier Cercas

Javier Marias si era costruito la fama di uomo difficile, ma la verità è che quel giorno tra noi era tutto molto facile...

alle pagine 32 e 33

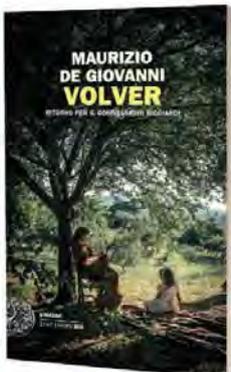
Il personaggio

Quei graffi l'autopunizione di Guardiola

di Massimo Adinolfi



nello sport



MAURIZIO DE GIOVANNI VOLVER

RITORNO PER IL COMMISSARIO RICCIARDI

Tutti quei morti ammazzati, e io ancora senza giustizia.

EINAUDI STILE LIBERO BIG

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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

BANCOMAT



Dialogo con Veltroni
De Rossi: la forza di essere normali
di **Daniele Sparisci**
a pagina 52



Urbano Cairo
«Il calcio va aiutato, costi più alti dei ricavi»
di **Daniele Dalleria**
a pagina 53

BANCOMAT

Le risse, i modelli

ESTREMISTI E VUOTO POLITICO

di **Ernesto Galli della Loggia**

Chissà quanti dei giovani italiani che nei giorni scorsi hanno manifestato da Bologna a Torino alzando la bandiera palestinese e insieme impreccando contro il proprio governo conoscono l'origine, e quindi il significato, dell'impronta delle mani insanguinate con cui hanno imbrattato l'effigie dei ministri del suddetto governo. Se essi sanno, cioè, che le mani insanguinate evocano quelle di un giovane palestinese che alcuni anni fa si affacciò dalla finestra di un edificio all'interno del quale erano stati appena linciati due soldati israeliani catturati nei territori occupati. Il giovane aveva per l'appunto partecipato al linciaggio e tutto contento ne mostrava alla folla festante l'esito spaventoso rimastogli sulle mani. In politica i simboli contano. Se in Italia si va in piazza sotto una simile insegna sanguinaria, se si dà fuoco a fantocci raffiguranti questo o quel ministro, se poi si cerca di dare l'assalto a una prefettura attaccando i poliziotti con bombe chimiche che ne mandano all'ospedale un paio di decine, se queste cose accadono ma non suscitano alcuna decisa condanna da parte dei partiti dell'opposizione, questo è forse qualcosa di più di un episodio. E se poi ad esempio capita di ascoltare un ministro della Repubblica dare disinvoltamente del «criminale» a destra e a manca, complacersi per la morte di uno sciagurato, o affibbiare uno stigma offensivo come «zecche rosse» ai suoi connettadini, allora è evidente che nella nostra democrazia c'è qualcosa che non va.

continua a pagina 30



Boccia la scelta della Lega, che reagisce astenendosi sulla sanità in Calabria. Pd e M5S: sono a pezzi

Rai, strappo tra alleati

Sul taglio del canone FI vota con l'opposizione. Meloni: inciampo che non giova

Medio Oriente In migliaia tornano al Sud. Israele: «Non fatelo»



Dopo la tregua soldati israeliani si rilassano in una sorgente sulle alture di Golan, mentre a Beirut sventolano bandiere Hezbollah

Libano, la tregua regge Il «patto» con Netanyahu

di **Francesco Battistini** e **Davide Frattini**

Primo giorno di tregua in Libano. Il «patto» con Netanyahu. Le armi tacciono ma resta ancora la tensione. L'esercito israeliano blocca l'esodo dei civili verso il Sud.

alle pagine 12 e 13 **Serafini**

Commissione Ue, via libera al bis di Ursula Ma la fiducia è la più bassa mai registrata

IL NEO COMMISSARIO
Fitto e i giorni da «bigamo»

di **Francesco Verderami**

Per due giorni Fitto sarà politicamente bigamo: ministro di «Giorgia» e vice di «Ursula». Con la premier italiana sarà oggi a Cagliari, con la presidente europea si vedrà a Bruxelles la settimana prossima.

continua a pagina 8

L'ANALISI
L'Europa fluida: i nuovi equilibri

di **Paolo Valentino**

Con il voto di ieri a Strasburgo, il Parlamento europeo si conferma l'autentico sismografo degli equilibri politici nell'Ue e il laboratorio dove si testano nuovi scenari del paesaggio politico dell'Europa.

continua a pagina 9

di **Francesca Basso** e **Marco Cremonesi**

Via libera al governo von der Leyen bis. La nuova Commissione europea ha passato l'esame dell'aula di Strasburgo con 370 voti a favore, 282 contro e 36 astenuti. Solo dieci in più della maggioranza necessaria. «Oggi è un bel giorno per l'Europa perché il voto mostra la tenuta del centro» la prima dichiarazione di Ursula von der Leyen. Per quanto riguarda i partiti del nostro Paese Fratelli d'Italia e Forza Italia hanno votato a favore, la Lega contro. Voto contrario anche da parte del Movimento Cinque Stelle, dei verdi italiani e della sinistra italiana. Sostegno da parte del Partito democratico.

da pagina 6 a pagina 9

SALA-RESTARE ACCOGLIENTI

Roghi a Milano, è scontro politico Il padre di Ramy: «No ai violenti»

di **Matteo Castagnoli**, **Maurizio Giannattasio** e **Pierpaolo Lio**



«Abbiamo fiducia nei magistrati e non vogliamo vendetta ma sapere cosa è successo. Ci dissociamo da tutti i violenti. Ramy ormai era più italiano che egiziano». Così Yehia Elgamal, il padre del igenne morto al Corvetto di Milano mentre fuggiva in scooter inseguito dai carabinieri. Il sindaco Sala: «Resteremo accoglienti».

a pagina 20

OLTRE 100 INDAGATI

Maxi inchiesta sui canali pirata

di **Rinaldo Frignani**

il giorno 25

IL CAFFÈ di **Massimo Gramellini**

Dopo che in campo la sua squadra di ex imbattibili era riuscita a farsi rimontare tre gol, Pep Guardiola si è presentato in conferenza stampa con dei graffi sulla testa, neanche avesse incrociato la dottoressa Boccia negli spogliatoi. Ha spiegato di esserseli procurati da solo, per il dispetto. «Volevo farmi del male» ha detto con un sorriso, e lì ho cominciato a contare: quanto tempo passerà prima che sia costretto a chiedere scusa? Un paio d'ore, poi ha dovuto precisare l'ovvio e cioè che non intendeva scherzare sul tema serissimo dell'autolesionismo. Resta il fatto che quei graffi se li è fatti davvero. Un gesto che lascia sgomenti perché siamo abituati ad abbinare la grandezza alla calma e Guardiola è un grande, un grandissimo, uno dei due al-

Il graffio



lenatori più vincenti su piazza. Eppure, quando l'altro, Carlo Ancelotti, subì una rimonta di tre gol — e in una finale di Champions, mica in un turno preliminare qualsiasi — si limitò a sollevare un paio di volte le sopracciglia. Questione di indole, certo, ma anche di atteggiamento nei confronti della vita. Ancelotti sa bene che trionfi e successi sono fenomeni ingannevoli e si rifiuta di far dipendere il suo umore da un verdetto transitorio. Guardiola invece ha reagito come un adolescente: per lui il momentaccio del suo Manchester City non è una parentesi buia tra due arcobaleni, ma una catastrofe senza un domani. Per fortuna «domani arriverà lo stesso» e non lo dico io, lo canta il mio filosofo di riferimento: Vasco Rossi.

© ANTONELLO CRIVELLO

BANCOMAT

Ogni giorno più liberi

LA POVERTÀ SANITARIA

Così mezzo milione di italiani non riesce a comprare i farmaci

EUGENIA TOGNOTTI - PAGINA 29



IL FESTIVAL

Zerocalcare, il filosofo Caffo e quel no poco punk a Valerio

CAMILI, SCIANDIVASCI - PAGINA 16



LA CULTURA

Perché volere bene a noi stessi non è un sentimento narcisista

VITO MANCUSO - PAGINA 30

SOLO NEI MIGLIORI BAR

LA STAMPA

GIOVEDÌ 28 NOVEMBRE 2021

CAFFÈ COSTADORO

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

2,40 € (CON SALUTE IN ABBINAMENTO OBBLIGATORIO) | ANNO 158 | N. 329 | IN ITALIA 11 SPEDIZIONE ABB. POSTALE 11 D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DCB TO | www.lastampa.it

CANONE RAIE SANITÀ, SCONTRO TAJANI-SALVINI: CENTRODESTRA SOTTO DUE VOLTE. LA PREMIER STRIGLIA I SUOI VICE

Il governo sbanda, l'ira di Meloni

Via libera alla Commissione Von Der Leyen con una mini-maggioranza. Musk attacca la Ue

IL COMMENTO

La partita avvelenata degli eterni numeri 2

FLAVIA PERINA

Ma s'io avessi previsto tutto questo... Chissà quando arriverà l'Avvenuta di Meloni, chissà se è già arrivata. Nel giorno felice delle fanfare europee, con il sia Fitto, con l'obbligo placet del Pd e la smentita del romanzo "Giorgia agente del caos" sviluppato per due anni dalle opposizioni, eccoci qui. - PAGINA 4

BARBERA, BRESOLIN, CAPURSO, GRIGNETTI, LOMBARDO, MONTICELLI, OLIVO



La nuova Commissione europea presieduta da Ursula von der Leyen

Ieri mattina a Palazzo Madama su canone Rai e sanità è andato in scena il redde rationem tra Antonio Tajani e Matteo Salvini, che ha coinvolto anche FdI, il partito di Giorgia Meloni. CONT. TACCOINO DI MARCELLO SORGI - PAGINE 2-8

IL MONDO IN GUERRA

Libano, ritorno a casa tra le macerie

De Leo, Del Gatto, Magri, Simoni

Pace in Ucraina il piano Trump

Stefano Stefanini

"I dazi alla Cina? Pagheranno gli Usa"

Lorenzo Lamperti

LA STORIA

"La mia Deborah e il tumore non curato per far nascere sana la nostra bambina"

FRANCESCA DEL VECCHIO



«Mi ha ferito la facilità con cui la gente, sui social, ha criticato la scelta di Deborah senza sapere quanto abbia lottato». Massimo Chinaglia trattiene a fatica le lacrime. - PAGINA 21

L'ANALISI

Ursula, l'accentratrice che non ha autonomia

SERENA SILEONI

Sono trent'anni che il Parlamento Europeo esprime il suo consenso sul rinnovo della Commissione, eppure l'attenzione al voto di ieri segna qualche differenza di peso. Ursula von der Leyen è la terza Presidente riconfermata dal Parlamento, dopo Delors nel 1993 e Barroso nel 2009. Ma il suo rinnovo non è una questione nominale. - PAGINA 29

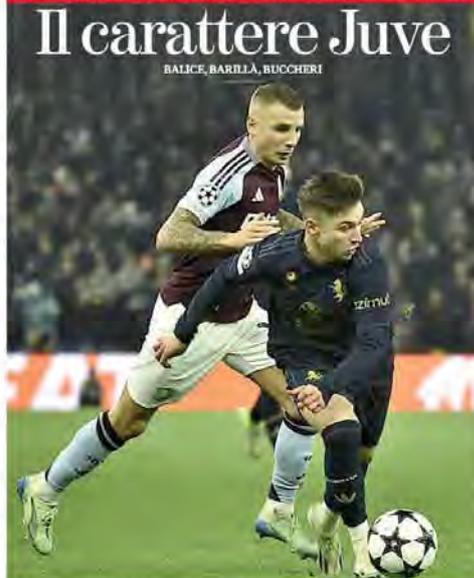
L'INTERVENTO

Tutti i paradossi della nuova Europa

ELISABETTA GUALMINI

Un fascio di nervi ieri Ursula von der Leyen, alla presentazione della nuova Commissione europea, l'Ursula II. Ha sbrigato la pratica il più in fretta possibile, come se si trovasse davanti a un funzionario dell'Agenda delle entrate. Senza pathos, senza passione, con tante dosi di euro-routine. Tra timidi applausi ha presentato i suoi Commissari. - PAGINA 26

CHAMPIONS, LA JUVE DEGLI INFORTUNATI PAREGGIA CON L'ASTON VILLA



Il carattere Juve

BALICE, BARRILÀ, BUCCHIERI

IL TORO

Cairo apre alla vendita "I ventenni finiscono"

GIANLUCA ODDENINO

«Non voglio rimanere a tutti i costi, i ventenni finiscono...». Sembra un sfogo, sotto i colpi di una contestazione popolare che non conosce soste o confini, ed invece l'uscita di Urbano Cairo è tanto ragionata quanto programmata. Il Toro può cambiare presidente. - PAGINA 34



LA POLEMICA

I graffi di Guardiola e l'autolesionismo

GIULIA ZONCA

In assenza di una risposta giusta, Pep Guardiola ne ha data una sbagliata. Aveva poche alternative per spiegare i graffi che si è auto inflitto sulla testa e sul naso durante un inquietante Manchester City-Feyenoord 3-3 di Champions League. - PAGINA 24

BANLIEUE MILANO

Ramy, appello del papà "Fermate la violenza"

MOSCATELLI, SERRA

Guarda le foto sul cellulare e fa fatica a crederci. C'è Ramy vicino a una piramide, in Egitto. Ramy che sorride in posa coi fratelli, Ramy a Montecarlo a vedere una partita di tennis, ci sono lui e Ramy davanti al Duomo di Milano. Papà Yehia El-gam è nell'ufficio dell'avvocata di famiglia. - PAGINE 18-19

IL DIBATTITO

Se il patriarcato vive e lotta contro di noi

FABRIZIA GIULIANI

Il patriarcato non è una parola contesa, un'etichetta ideologica, un pseudoconcetto per dirlo con Croce. È un ordine che ha dato forma al mondo e in parte continua a darlo. I suoi confini non sono netti, non si tagliano con l'accetta, nella storia e nella geografia. - PAGINA 28

BUONGIORNO

Questa discordia - per cui se a destra dicono c'è il sole, zecche rosse, a sinistra rispondono non è vero, piove, maledetti fascisti - è di botto evoluta in concordia o, meglio, complicità tenebrosa, nella spartizione del bottino. Partito democratico e Sinistra più Verdi hanno buttato lì un emendamento, una cosuccia, una bazzecola, e tutti gli altri, fino alla destra più destrorsa, hanno detto va bene, perché no, mica si può star sempre lì a litigare. Ed era un emendamento che con abile magheggio avrebbe provveduto a quasi raddoppiare le entrate dei partiti dal 2 per mille: da 25 a 42 milioni. Il giochetto - la sinistra va avanti, la destra s'accorda - doveva servire, spiegano i migliori parlamentaristi, per passare inosservati. E invece lì si è visti arrivare, eccome, e per motivi procedurali il Quirinale

Bestiole notturne

MATTIA FELTRI

ha fermato tutto. Ora io non vorrei sembrare uno ostile al finanziamento pubblico. Anzi, se non un accesso sostenitore. Io non da 25 milioni a 42, ma da 25 a 50 o a 100 lo porterei. Vorrei di nuovo i partiti con le tasche piene e le sedi lussuose, ma soprattutto le sezioni in periferia e le sedi sociali, perché uno i partiti li deve frequentare sotto casa e non sui social. La democrazia costa e sarei felicissimo di pagarla, siccome ciò che è gratis non vale niente. E sono convinto che la pensi così il novanta per cento dei parlamentari, pochi lo dicono apertamente, la stragrande maggioranza lo dice sussurrando al buio, ma se ci si vergogna di fare quello che si ritiene giusto, e si prova a farlo attraverso il sotterfugio, come un taccheggio, si è peggio che ladri, si è bestiole notturne in fuga dalla propria ombra.

ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO





Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 140* N° 328
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DCS RM

NAZIONALE



Giovedì 28 Novembre 2024 • S. Fausta

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

Oggi Molto Donna
Battiston, lezione per educare uomini migliori
Un inserto di 24 pagine



Il ct del volley d'oro
Velasco: «Vi spiego perché con le atlete lavoro meglio»
Sorrentino nello Sport



Esce l'autobiografia
Dolori ed eccessi Cher, la verità dietro i riflettori
Palazzo a pag. 19



L'editoriale
CONTE, I MIGRANTI E LA MOSSA DEL CAVALLO

Luca Ricolfi

È strano che se ne sia parlato così poco, eppure è la prima, unica, reale novità emersa a sinistra dopo le elezioni politiche del 2022: i Cinque Stelle stanno valutando se stringere una alleanza politica e ideale, con la sinistra di Sahra Wagenknecht, fondatrice del nuovo partito tedesco BSW (Bündnis Sahra Wagenknecht) la più dirompente novità politica del progressismo europeo.

Di che novità si tratti, lo spiega assai bene un interessante intervento di Stefano Fassina uscito ieri sul Fatto Quotidiano. Qui mi accontento di andare al punto: un anno fa Sahra Wagenknecht, da sempre militante in campo progressista, ex dirigente della Linke (il partito più a sinistra della Germania), ha fondato un nuovo partito di sinistra, ma dotato di un programma scandaloso per la sinistra main stream: non solo difesa dello stato sociale, ma anche scetticismo sull'appoggio incondizionato all'Ucraina, linea dura sull'immigrazione irregolare, freno alle politiche green, ostilità ai dogmi del politicamente corretto. L'idea di fondo è che sia la guerra ucraina (con la politica delle sanzioni), sia l'ecologismo dogmatico (con i suoi effetti sui prezzi di case e automobili), sia l'immigrazione incontrollata, sia il primato dei diritti civili sui diritti sociali, siano tutte scelte profondamente anti-popolari, che peraltro spiegano ampiamente perché i ceti popolari guardino più a destra che a sinistra.

Continua a pag. 25

Ursula, partenza in salita

► Via libera alla Commissione con 370 sì, 31 in meno dello scorso luglio. È record negativo di sempre I contrari sia nei socialisti (tra loro anche due dem) sia nel Ppe. Fitto: «Dobbiamo ritrovare l'unità»

STRASBURGO Via libera all'Ursula bis. Ma il suo è l'esecutivo europeo che ha ottenuto la maggioranza più risicata di sempre.

Rosana alle pag. 2e 3

Il commento

IL DIFETTO DI FABBRICA DA SUPERARE

Paolo Balduzzi

Chi ne capisce, sostiene che un'automobile uscita difettosa dalla fabbrica non funzionerà mai bene e che, nonostante interventi successivi (...)
Continua a pag. 25

Sul canone gli azzurri votano con la sinistra

Rai e Sanità, scintille Forza Italia-Lega E Meloni: ora tregua come in Libano

ROMA Maggioranza e governo sono andati sotto in commissione bilanciaio Senato sul di fiscale. Forza Italia ha detto no (insieme al Pd) al taglio del canone Rai. Ela Lega si è subito vendicata, astenendosi



sull'emendamento degli Azzurri sulla sanità calabrese, che così è stato bocciato. La premier Meloni: «C'è la tregua in Libano, la faremo anche qui».
Bechis e Pucci alle pag. 4 e 5

Hamas: pronti al cessate il fuoco nella Striscia

Netanyahu frena il ritorno dei civili
Ma dopo Beirut, spera anche Gaza

ROMA A parte alcuni colpi di artiglieria, la tregua ha retto. Un sospiro di sollievo per il mondo e per Beirut, ma la quiete resta carica di tensione: le truppe israeliane hanno ricevuto l'ordine di «non permettere alla



popolazione di entrare nei villaggi vicini al confine nel sud del Libano». Ora anche Gaza spera nel cessate il fuoco. Hamas pronta a trattare.
Evangelisti, Miglionico e Vita alle pag. 8 e 9

I graffi in testa per il pareggio del Feyenoord: «Volevo farmi male»



Guardiola, la fragilità che non ti aspetti

Il tecnico del Manchester City, Pep Guardiola, con i graffi sulla testa (foto Reuters) Troili a pag. 13

Amsterdam vietata l'ira della Lazio: vittime di pregiudizi

► Dopo le accuse ai tifosi di antisemitismo, Gualtieri chiama la sua omologa: squadra sana

Alberto Abbate

Nessuna apertura da Amsterdam. «La trasferta del 12 dicembre rimane vietata ai lazziali»: lo ha confermato la sindaco Halsema. Gualtieri l'ha chiamata: no a generalizzazioni. Duro il ds Fabiani: «C'è un pregiudizio nei confronti dei nostri tifosi. Roba da terzo mondo». Oltre 500 tifosi lazziali preparano una class action, ma molti voleranno comunque in Olanda: si temono incidenti.
A pag. 12

La Cassazione

Strage di Rigopiano linea dura del Pp processo da rifare

PESCARA Per la strage di Rigopiano, il Pp ha chiesto in Cassazione pena più severa per l'ex Prefetto Provoletto e altri condannati. E l'annullamento delle 6 assoluzioni per la Protezione civile regionale. Mastri a pag. 11

L'Opera di Roma



Simon Boccanegra una carica morale che emoziona

Luca Della Libera

Simon Boccanegra: la splendida resa musicale vince la partita. Il capolavoro politico di Verdi (...)

Continua a pag. 22

CERCA QUESTO SIMBOLO NEL TUO NEGOZIO PEWEX PREFERITO E SCOPRI I PREZZI PIÙ BASSI DEL MERCATO SU TANTI PRODOTTI

Il Segno di LUCA

SCORPIONE VITALITÀ INESAUROIBILE

La Luna è arrivata nel tuo segno e in qualche modo rigenera la tua vitalità, messa a dura prova dagli impegni che stai affrontando e dalle sfide che tu stesso ti crei. Il lavoro ti chiede molto in questo periodo e a tua volta stai investendo tanto in questo settore. Ma per altri versi gli ostacoli e le avversità a cui ti trovi a far fronte contribuiscono a pungerti, facendoti attingere a risorse che finora erano rimaste dormienti.
MANTRA DEL GIORNO
La facilità può spegnere l'interesse.

L'oroscopo a pag. 25

*Tandem con altri quotidiani non disponibili separatamente: con la grafica di Milano, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20; la domenica, l'Entertainment € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport-Shield € 1,40; nel Mezzogiorno, il Messaggero - Primo Piano € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport-Shield € 1,50; "Roma strepitata" - € 0,90 (solo Roma); "L'ora dei gladiatori" - Vol. 2 - € 0,90 (solo Roma)

NOVITA
TEOLOGIA MORALE SESSUALE E FAMILIARE
Una proposta di vita cristiana.
800 pagine € 79,00
www.queriniana.it

Giovedì 28 novembre 2024

ANNO LVIII n° 283
1,50 €
Santa Teodora di Rossano

Avvenire



NOVITA
Avvenire Luce
LUCA
Introduzione e commento
864 pagine € 83,00
www.queriniana.it

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

Il respiro da dare all'esempio libanese
LA TENUE SPERANZA DEL PRIMO PASSO

ANDREA LAVAZZA

S'è anche festeggiato a Beirut per la tregua che ha messo fine, da ieri mattina, ai raid israeliani, mentre a sud Hezbollah cessava gli attacchi contro Israele. Quell' "anche" è doveroso, perché passate poche ore dall'intesa, fragile e piena di incognite, si fanno i conti con le distinzioni e un futuro che sui due lati del confine si annuncia ancora oscuro. Gli sfollati tentano di tornare nei loro paesi e villaggi, dove spesso è rimasto ben poco di abitabile. La stessa capitale è invasa da profughi e le loro condizioni restano molto difficili. Sull'altro versante, i sessantamila cittadini dello Stato ebraico costretti a lasciare le proprie case per i razzi del "Partito di Dio" scitta non riescono presto a rientrare e a riprendere una vita tranquilla. Comunque, bisogna festeggiare. Perché la fine dei bombardamenti, dello strazio di combattenti e civili uccisi a migliaia, della tabula rasa di intere zone prese di mira da razzi e bombe è sempre una buona notizia. Ci sono delicati equilibri politici e convenienze immediate dietro questo cessate il fuoco arrivato dopo 13 mesi di violenze e due mesi di invasione dell'esercito di Tel Aviv. Il premier Netanyahu si è fatto convincere dalle difficoltà dell'avanzata via terra, costosa in termini di vite e di mezzi, e dal colpo durissimo ormai inflitto all'organizzazione politica e militare di Hezbollah, certo non sconfitto ma ampiamente limitato nella sua capacità offensiva. La pressione diplomatica degli Stati Uniti, che ha visto una convergenza tra l'Amministrazione uscente e quella entrante, ha pertanto avuto esito finalmente positivo, favorita probabilmente anche dal mandato di arresto per il leader israeliano della Corte penale dell'Aja. Lo Stato ebraico non può rischiare l'isolamento, soprattutto a livello di forniture belliche, e quindi deve scendere a qualche compromesso (se è vero, per esempio, che la Francia ha potuto giocare un ruolo chiave nelle trattative pro-Libano una volta mutata rotta sulla misura cautelare emessa dalla Cpi). La speranza è che le armi possano tacere anche nella Gaza dove la tragedia umanitaria ha raggiunto livelli spaventosi, e Hamas risulta più disarticolata del movimento suo alleato, che il defunto Nasrallah aveva schierato contro Israele in seguito al pogrom del 7 ottobre. Un obiettivo, quello della tregua, che pare ancora lontano, sebbene sia volentieri comune di Biden e Trump presentati al passaggio del potere il 20 gennaio con un Medio Oriente senza guerre guerreggiate. Servirebbe però una strategia di più lungo respiro, che continua a mancare in tutti gli attori regionali. Tel Aviv ha sperimentato che non può reggere conflitti su tanti fronti troppo a lungo, benché conservi una superiorità netta, dimostrata in questi mesi. In questo senso, l'Iran resta la vera minaccia.

continua a pagina 15

IL FATTO Nonostante alcune sparatorie, i libanesi (e Hezbollah) festeggiano l'avvio del cessate il fuoco

Il bello della tregua

Primo giorno senza bombardamenti in Libano e senza razzi lanciati contro Israele. Si accende una speranza anche per Gaza: Hamas si dice pronta a trattare sugli ostaggi

MILANO Contestazione antidemocratica a Ci



Convegno sulla vita zittito all'università «Libertà cancellata»

Uria, spionieri, bestemmie: non è stato possibile continuare a parlare, martedì sera, nella sede di via Celoria dell'Università degli Studi di Milano, dove era stato organizzato un convegno per raccontare le storie di alcune donne che - pur in situazioni di difficoltà economiche e sociali - hanno scelto di non abortire. Tra le relatrici Susanna Sibillo, direttrice del Centro di aiuto alla vita Mangiagalli e vicepresidente del Movimento per la vita: «Cari ragazzi, così cancellata la libertà di chiedere aiuto».

L'intervento di Sibillo a pagina 15

EDIZIONI SAN PAOLO

La Bibbia tradotta ancora in arabo Pizzaballa: Parola contro l'odio

MINIMO MUOLO

La Parola di Dio come segno d'umore in mezzo a tante parole di odio e di lacerazione: vuole essere questo la nuova edizione in arabo della Bibbia "Scrivete parole", pubblicata da San Paolo e presentata nei giorni scorsi a Roma alla presenza del patriarca di Gerusalemme dei Latini, il cardinale Pierbattista Pizzaballa. L'apprezzamento del Papa: «Uno strumento prezioso».

Servizio a pagina 19

ANNA MARIA BROGI LUCA CAPUZZI

Nonostante le tensioni, lo stop alle armi sembra suggerire. L'esercito libanese ha cominciato a dispiegarsi nella regione meridionale, come previsto dall'intesa, ma il rientro dei civili sfollati è rimasto ancora vietato. Biden e l'Egitto, che ha inviato una delegazione a Tel Aviv, premono per un accordo a breve anche per Gaza, anticipando le mosse di Trump. Il dietro le quinte: la Francia, "mediatrice", non arresterà Netanyahu. Secondo i media israeliani, sarebbe stata una delle condizioni poste da Tel Aviv. Il negoziatore storico Gershon Baskin: «Si aprono spiragli per la Striscia. Ma dubbio Israele saprà coglierli. Prima del cambio al vertice alla Casa Bianca, un cessate il fuoco nell'enclave è possibile ma poco probabile».

Primo piano alle pagine 2-3

I nostri temi

L'INTERVENTO Corresponsabili Dai contratti alla manovra

LUIGI SBARRA

La Legge di bilancio rappresenta un momento cruciale per definire le politiche economiche e sociali del Paese. Non un punto di arrivo, ma una tappa importante in un percorso di riforme.

A pagina 15

SVILUPPO AFRICA

Perego: le Ong vanno coinvolte nel Piano Mattei

PAOLO LAMBRUSCHI

Il presidente di Migrants ricorda la storia passata e presente degli interventi per l'Africa. Il piano attuale è nato dalla politica e non ha coinvolto dal basso altri attori sociali.

A pagina 7

EUROPA Per la Commissione Ue molti contrari e un margine di soli 9 consensi

Von der Leyen parte debole Maggioranza per pochi voti

GIOVANNI MARIA DEL RE

Perde almeno 55 voti rispetto a luglio (e si ferma a solo +9 sulla maggioranza) la presidente confermata nel secondo voto di "conferma" al Parlamento Ue per la nuova Commissione. Il supporto di parte dei conservatori Ecr, dovuto alla vicepresidente data a Fitto, spacca popolari (spagnoli contrari per la Ribera), socialisti e verdi. Ursula esulta lo stesso: il centro tiene. E rivendica che occorre far salire la spesa per la difesa. Wiegel, leader Pse, finisce sotto accusa. Diviso pure il centrodestra italiano. Per Von der Leyen e Meloni sono successi dal sapore contrapposto.

Fatigante, Ottaviani, Zappalà pag. 6

Centrodestra diviso e battuto sul canone Rai

Scaramucce tra FI e Lega Meloni irritata, "inezie"

Il governo è andato sotto ieri alla Camera, dopo aver dato parere positivo a un emendamento leghista che avrebbe riportato a 70 euro il canone Rai, perché Forza Italia ha votato contro, insieme alle opposizioni. Subito dopo il Carroccio ha silurato una proposta dell'Ulivo. Letta sulla sanità calabrese. La premier ha derubricato il tutto a «schermaglia», ma senza nascondere il suo disappunto. Schelein (Pd) e Conte (M5s): «Maggioranza in frantumi».

D'Angelo e Marcelli a pagina 6

È VITA Più cure palliative per la società fragile

Viana a pagina 16

RAPPORTO SVIMEZ Sud, bene il Pnrr ma si spopola ancora Affari, Arena e Salemi a pagina 5

POPOTUS La storia dell'arte dimentica le donne Dodici pagine tabloid

il Regno 2024
20 Trump e l'America
Kasper e il sinodo
Cinema Verdiglione
Studio del Mese 1180-2024 fine di una storia

Smemorie Alberto Caprotti
Nel bianco
L'opponia irlandese, anno 2019, d'autunno. Foce. Perché i ricordi delle stagioni sfumano quando non sono i mesi a contare, ma quello che ci trovi in mezzo. Io e Gabriele eravamo usciti dentro l'Italia. Trovammo solo un ciclo di latte ammaccato e neve che scricchiolava sotto gli scapoli. Era un risarcimento. Perché tutti nella vita abbiamo diritto almeno a una dose minima di meraviglia quotidiana. Bisogna solo andare a prendercela. E quella era lì. Sotto forma di una strada dritta, senza fine, senza riferimenti, senza corsie, cartelli, senza confini. Dritta nel bianco. Le ruote che rotolavano l'unico rumore percepito, gli alberi muti, cristallizzati nel ghiaccio, testimoni immobili. Centinaia di chilometri di vuoto pressante, senza spostare il volante. Avanti, e ancora. E nulla come compagnia, e la sensazione che la vera libertà non sta nel decidere un colore, ma sottrarsi a questa scelta. Poi, d'improvviso, una capanna di legna, senza orme davanti. E un filo di fumo che ne usciva. Segno di vita, respiro nel nulla. A centinaia di chilometri dalla consuetudine e dalla sicurezza, qualcuno sopravviveva di sé. Si bastava. Si muoveva di assente. Avevi pagato per fermarti, per conoscerne tanto coraggio. Ne ebbi paura e non lo feci: non ero abbastanza candida, sentivo di non meritarmi. Il bianco aveva fatto la sua mossa, e aveva vinto ancora.

Agorà
PENSIERO Così gli antichi Greci insegnarono la physis ai primi cristiani
Bossina a pagina 20
INTERSEZIONI Il teatro racconta l'apogeo e la crisi della fisica tedesca
Marcacci e Shea a pagina 21
INTERVISTA Onakoyat: «Il mio scacco matto per i bambini d'Africa»
Giannetta a pagina 23

il Regno 2024
20 Trump e l'America
Kasper e il sinodo
Cinema Verdiglione
Studio del Mese 1180-2024 fine di una storia

Sanità, mossa di Schillaci sui medici più aumenti e meno defiscalizzazione

GLI EMENDAMENTI

ROMA Orazio Schillaci prova a riaprire il dossier sugli aumenti salariali dei medici. Nella manovra in discussione alla Camera il governo ha stanziato 1,3 miliardi di fondi aggiuntivi per la sanità, che però secondo i sindacati non sono sufficienti. Per superare l'impasse, il ministro della Salute ieri ha annunciato ai rappresentanti della categoria uno scambio: «più aumenti cash in busta paga» al posto delle annunciate misure di defiscalizzazione, inserite per esempio in molte proposte di emendamenti alla legge di bilancio. Al momento sulla proposta ha aperto soltanto la Cisl, contraria l'Anaa.

Proprio il capitolo sanità è uno dei nodi che si porta dietro la maggioranza, mentre sta per entrare nel vivo la votazione sugli emendamenti "segnalati" alla manovra. Dopo il vertice domenicale a casa della premier - e al quale ha partecipato anche il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti - Giorgia Meloni, Matteo Salvini e Antonio Tajani avevano concordato di focalizzare «la praticabilità di alcune proposte di modifiche» sul versante delle forze dell'ordine, delle politiche sociali e dei settori produttivi. Un accordo che ieri si è molto indebolito dopo il no di Forza Italia alla richiesta della Lega di abbassare a 70 euro il canone Rai.

Sul tavolo restano sempre le spinte di Fratelli d'Italia e Forza Italia per tagliare di uno o due punti l'aliquota mediana dell'Irpef oggi al 35 per cento, quella che si applica per chi dichiara tra i 28mila e i 50mila euro. Un'operazione da 2,5 miliardi.

Al riguardo Maurizio Leo, vicesegretario all'Economia e uno dei padri di questa misura, ha fatto sapere: «Se si trovano le risorse,

e se la maggioranza è d'accordo, mi sembra una cosa buona da fare. Aiutare il ceto medio è una cosa importante. Bisogna vedere il concordato, visto che abbiamo riaperto i termini fino al 12 dicembre, se arriveranno risorse aggiuntive possiamo lavorare per questo obiettivo». Al riguardo e al 31 ottobre - cioè la data in cui doveva chiudersi il concordato preventivo biennale - hanno aderito 522mila contribuenti per un incasso di 1,3 miliardi euro.

LE PRESSIONI

Sempre nel novembre delle modifiche alla legge di bilancio c'è la necessità di raddoppiare il fondo per l'auto - da 200 a 400 milioni - e ci sono pressioni per velocizzare la riforma dell'Ires o per aumentare la dotazione per le spese della difesa. Intanto oggi è atteso il primo via libera nell'aula del Senato, e con un voto di fiducia, al decreto fiscale. E con il trasferimento alla Camera del provvedimento che - tra le altre misure prevede l'estensione

dei termini del concordato e l'allargamento del Bonus Natale - si apre tra Montecitorio e Senato un tour de force per evitare che a livello parlamentare si accavallino la manovra e lo stesso decreto fiscale. Al riguardo il vicepresidente di Palazzo Madama, Gian Marco Centinaio, non ha escluso possibili "sedute no limit" nella settimana dal 23 a 28 dicembre.

Guardando agli ultimi emendamenti approvati ieri nel decreto fiscale, sale su input di Fratelli d'Italia di 4,69 miliardi la dotazione per il credito d'imposta

per gli investimenti in beni strumentali finanziati con il pacchetto Transizione 4.0. Dopo il no all'emendamento sul taglio al Canone Rai, la Lega incassa il rinvio al 16 gennaio del versamento della seconda rata di account Irpef, in scadenza il 2 dicembre. La misura è destinata a tutti i titolari di partita Iva fino a

170 mila euro, che potranno pagare il dovuto in una o in cinque tranche. Al riguardo il Tesoro - siccome la conversione del decreto fiscale arriverà dopo il 2 dicembre - ha diffuso una nota per autorizzare questa procedura.

Crescerà dal 2026 di 3 milioni il tetto del 2 per mille da destinare al finanziamento dei partiti, fino a oggi fissato a 25 milioni. Ventiquattr'ore prima il Quirinale aveva bloccato il blitz della maggioranza e parte dell'opposizione di portare questa cifra sopra i 42 milioni. Sempre il Carroccio, con una modifica presentata da Massimo Garavaglia, strappa un primo allentamento all'obbligo di copertura assicurativa anti-catastrofi per le aziende: saranno escluse quelle «già assistite da analoga copertura assicurativa, anche se stipulata da soggetti diversi dall'imprenditore che impiega i beni». Nel decreto finale rientrano anche 342 milioni in più per la dotazione della nuova Autostrade dello Stato; 50 milioni per accelerare la posa della banda larga nelle aree bianche, quelle meno remunerative, in Calabria, Lazio e Sicilia; 20 milioni per il pagamento degli straordinari delle forze armate.

Francesco Pacifico

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PER RAGGIUNGERE IL LIVELLO DI GERMANIA, FRANCIA, UK, SVIZZERA, NORVEGIA

Sanità, mancano 15 miliardi l'anno per cinque anni

E invece l'aumento attualmente previsto dalla manovra è di soli 2 miliardi ogni 12 mesi

DI GIORGIA PACIONE DI BELLO

L'Italia deve investire 75 miliardi di euro nella sanità per raggiungere il livello di spesa che hanno i migliori paesi europei (Germania, Francia, Svezia, Regno Unito, Svizzera e Norvegia). Si parla dunque di circa 15 miliardi l'anno per i prossimi cinque anni. Cifre lontanissime da quelle attualmente previste, circa due miliardi di euro di incremento annuo. Ad evidenziare questi dati è il report: «Il sistema della salute in Italia», realizzato dal Censis e Italiadecide in collaborazione con Intesa Sanpaolo.

Siamo dunque di fronte a un sistema sanitario sottofinanziato, che ha visto ridursi le risorse di anno in anno. Una dinamica che non è da imputare a un solo governo, o a un partito politico nello specifico ma che continua a rimanere un nervo scoperto di questo paese. Che il sottofinanziamento del sistema sanitario nazionale sia un problema è messo inoltre in evidenza dalla costante crescita della spesa a carico delle famiglie che scelgono, pur di curarsi, la sanità privata. Nel 2022 la spesa è stata di 38,7 miliardi di euro; dato che ha fatto registrare un incremento dello 0,8% fra il 2000 e il 2010, del 5,9% fra il 2010 e il 2019, mentre si è ridotta di mezzo punto fra il 2019 e il 2022 (arco temporale che però è stato condizionato dalla pandemia). Questi 38,7 miliardi di euro di spesa a carico delle famiglie, sono per la maggior parte destinati alla sanità privata e solo una piccola parte ai ticket sanitari.

Ci sono poi altri due dati da tenere in considerazione. La prima è

la comparsa nel mondo della sanità delle assicurazioni. Nel 2021 la spesa sanitaria finanziata dalle assicurazioni volontarie è stata di poco inferiore ai 4,5 miliardi di euro, corrispondenti al 2,67% di tutti i regimi di finanziamento. Valore che ha ripreso a crescere dopo la flessione subita nel 2020, dovuta in massima parte all'aumento della spesa sostenuta dallo Stato. La seconda è la quota del finanziamento messo in campo delle imprese, che assicurano ai propri dipendenti il rimborso delle spese sostenute, che è in crescita dal 2012. Si è poi arrestata nel 2020, per poi riprendere a salire nel 2021 tornando ai livelli del 2019.

Il fardello della spending review sanitaria - Oltre allo scarso finanziamento del sistema sanitario nel suo complesso un altro fattore di tipo economico che ha esercitato un effetto negativo sulla sanità è il tetto di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale, introdotto dalla legge Finanziaria del 2010 del governo Berlusconi quater. Questa prevedeva che il livello massimo di spesa per il personale dovesse parametrarsi a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%. Tale limite, pur con qualche lieve ritocco in aumento, è sostanzialmente rimasto immutato. Con il decreto Calabria nel triennio 2019-2021, i limiti di spesa sono poi stati incrementati annualmente di un importo pari al 10% e attualmente è in corso una valutazione su un possibile incremento del 5%.

Queste misure di spending review hanno nel complesso però fatto perdere più di 37 miliardi di eu-



ro, di cui circa 25 miliardi nel 2010-2015, per tagli conseguenti a varie manovre finanziarie, e oltre 12 miliardi nel 2015-2019, quando alla sanità sono state destinate meno risorse di quelle programmate per esigenze di finanza pubblica. In termini assoluti, sottolinea il rapporto della Fondazione Gimbe (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) che ha esaminato il periodo 2010-2019, il finanziamento pubblico in 10 anni è aumentato di 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%).

La ciliegina sulla torta ci arri-

va infine dall'Ocse che certifica, secondo gli ultimi dati aggiornati, che l'Italia si attesta sotto la media sia per la spesa sanitaria totale (3.428 dollari contro 3.980), sia per quella pubblica (2.545 contro 3.038), precedendo solo i paesi dell'Europa orientale, oltre a Spagna, Portogallo e Grecia. Nel periodo 2009-2018 l'incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica si è attestato al 10%, rispetto a una media del 37%.



**Carofiglio, Cartabellotta,
Crisanti, Lorenzin e Rizzuto**

Ultimo appello per la Sanità

Dopo lo stress-test della pandemia, l'Italia è in controtendenza rispetto all'Europa: invece di investire, taglia i fondi al welfare. Così cala anche l'aspettativa di vita

di VALENTINA ARCOVIO



nostro Servizio Sanitario Nazionale è una conquista di civiltà, ma, ora, ha raggiunto un punto di non ritorno e ha bisogno di essere salvato. Con strategie mirate e programmi dedicati.

Convergono a una comune conclusione numerose personalità intervenute al *Festival di Salute*. Sul palco Nino Cartabellotta (presidente della Fondazione Gimbe), Beatrice Lorenzin (senatrice del Pd e ministro della Sanità dal 2013 al 2018) e Rosario Rizzuto (prorettore e professore di Patologia Generale nella Scuola di Medicina dell'Università di Padova), protagonisti del talk "Articolo 32: tutelare la salute degli italiani". E poi, a riflettere sempre sulla Sanità e sulle sue emergenze, anche l'ex magistrato, scrittore e senatore del Pd, Gianrico Carofiglio, durante la conversazione "Elogio del Servizio sanitario nazionale", e il microbiologo e senatore del Pd Andrea Crisanti nell'intervista "Sanità al collasso, cosa dobbiamo fare". Ogni ospite, con la sua storia e il suo bagaglio di esperienze, ha condiviso riflessioni e proposte per rilanciare un sistema sempre più in difficoltà, preservandone i principi essenziali di uguaglianza

e universalità.

Aspettativa di vita

La crisi del Servizio Sanitario Nazionale «è un problema che, oggi, condiziona 60 milioni di persone e che mette a rischio il diritto costituzionale alla tutela della salute, in particolare per le fasce socioeconomiche più deboli, gli anziani e i fragili, per chi vive nel Mezzogiorno e nelle aree interne e disagiate», dice Cartabellotta, che, nel suo intervento, ha presentato in esclusiva, un'analisi accurata e dettagliata di due indicatori chiave della qualità dei servizi sanitari. «E, cioè, l'aspettativa di vita alla nascita e l'aspettativa di vita a 65 anni, libera da disabilità».

«Prendendo il 2022 come anno di riferimento - dice il presidente Gimbe - il quadro risulta ancora



complessivamente rassicurante, ma iniziano ad accendersi varie spie rosse. Rispetto alla media dei Paesi europei (79,8 anni), l'Italia - continua - mantiene una buona posizione con 82,8 anni, ma è scivolata dal quarto posto nel 2019 (83,6 anni) al sesto. Tra le nazioni dell'Ocse, siamo passati dal terzo posto del 2022 al nono nel 2023. È difficile stabilire se questo calo sia dovuto al trascinarsi della mortalità Covid in eccesso, visto che il dato preliminare Istat per il 2023 mostra un aumento a 83,1 anni, oppure se sia attribuibile ad altri fattori».

Differenze regionali

Ma preoccupano non poco le differenze regionali che emergono sempre più evidenti. «Nel 2022, a fronte di una media nazionale di 82,8 anni, l'aspettativa di vita alla nascita - evidenzia Cartabellotta - varia dagli 84,4 della Provincia autonoma di Trento agli 81,1 della Campania, con una differenza di ben 3,3 anni. Ma il dato ancora più rilevante, che testimonia il peggioramento della qualità dei servizi sanitari regionali, è che in nessuna Regione del Mezzogiorno l'aspettativa di vita supera la media nazionale». Questo scenario ribalta i vantaggi acquisiti nei decenni scorsi da condizioni climatiche, alimentari, oltre che da una qualità dell'aria e da stili di vita migliori.

«Da segnalare che in 12 Regioni l'aspettativa di vita alla nascita è più elevata nel capoluogo di provincia rispetto alla Regione. Un dato - aggiunge Cartabellotta - che, seppure influenzato negativamente nelle grandi città da determinanti non sanitarie, come per esempio l'inquinamento, potrebbe riflettere una maggiore facilità di accesso e qualità dei servizi sanitari».

Invecchiamento e disabilità

Si accende la spia rossa anche sul fronte dell'aspettativa di vita in buona salute dopo i 65 anni d'età, un indicatore che misura l'invecchiamento libero da malattia e disabilità. «Secondo i dati dell'Eurostat, l'Italia si colloca in nona posizione con una media di 10,1 anni, di un anno superiore alla media europea (9,1 anni). Tuttavia - dice Cartabellotta - guardando la parte mezza vuota del bicchiere, una quota significativa di over 75, che nel 2022 in Italia erano 7,2 milioni, vive con una qualche forma di limitazione dovuta al proprio stato di salute».

Anche per questo indicatore i dati dell'Istat documentano in modo ancora più netto la frattura strutturale tra Nord e Sud. «Solo le otto Regioni del Mezzogiorno si collocano sotto la media nazionale e registrano valori simili a vari Paesi dell'Est Europa», sottolinea il presidente di Gimbe.

Capitale umano

«Siamo arrivati a un punto di rottura, perché ci troviamo di fronte a una drastica spending review che andrà avanti fino al 2027 e oltre», dice la senatrice Lorenzin. «Dopo lo stress-test della pandemia, invece di fare quello che stanno facendo i grandi Paesi europei, vale a dire organizzare e rifinanziare il sistema sanitario, noi facciamo l'opposto e la macchina collassa».

Il dibattito si è poi spostato sul personale sanitario. «Se il Servizio Sanitario Nazionale perde capitale umano - aggiunge Lorenzin - puoi avere tutta la tecnologia e la scienza di questo mondo, ma non hai poi le gambe di uomini e donne» per farla camminare verso l'assistenza e la cura dei cittadini. Il problema è che in Italia gli operatori sanitari non vengono valorizzati. «I nostri medici e infermieri sono tra i meno pagati in Europa», sottolinea Crisanti. «Annunciare un vasto piano di assunzioni di medici, come proposto nel disegno di legge Schillaci, senza prevedere un adeguamento di salari dei medici e degli infermieri significa essere destinati a fallire. Oggi mancano chirurghi generali, patologhi, anestesisti, chimici clinici e radiologi, perché gli stipendi sono troppo bassi - continua - e non consentono di svolgere attività privata. La situazione, per quanto riguarda gli infermieri, è ancora più drammatica. I nostri infermieri sono persone altamente qualificate con laurea di secondo livello, ma hanno uno stipendio di ingresso intorno ai 1300 euro al mese».

I test d'ingresso

Strettamente legato alla scarsità di capitale umano è il tema dell'accesso alla Facoltà di Medicina, le cui regole sono cambiate recentemente. «La revisione dei test d'ingresso è condivisibile», commenta Rizzuto. «Stabilire in un solo giorno chi può entrare e chi no è sicuramente un fattore di criticità». Ma la nuova riforma non convince. «Non tanto per le problematiche legate allo stress-test a cui verranno sottoposte le università nella gestione di 50-70 mila studenti, quanto per quello che succede dopo. La selezione che dobbiamo fare deve rispondere a due requisiti: il primo - continua Rizzuto - è il fabbisogno del Paese, cioè preparare un numero di medici che servono all'Italia, senza lasciare scoperte specialità come Anestesia oppure Medicina Generale; il secondo requisito, poi, è legato alla capacità di rispondere alle aspettative dei giovani che sono quelle di ricevere un'adeguata preparazione e trovare un posto di lavoro». Esigenze, la prima e la seconda, a cui la riforma delle regole per l'ingresso alla facoltà di Medicina potrebbe non rispondere.

Le regole della comunicazione

Nel dialogo con Carofiglio, invece, l'attenzione si è concentrata sui contenuti della formazione universitaria. Secondo lo scrittore, che ha appena pubblicato il suo ultimo libro dal titolo *Elogio dell'ignoranza e dell'errore* (Einaudi), i medici devono essere formati anche a comunicare nel modo giusto con i pazienti. Que-



sto significa «utilizzare un linguaggio senza tecnicismi che consenta ai pazienti di capire. L'uso di un gergo non comprensibile ai non addetti ai lavori - sottolinea - produce distorsione ed è un ostacolo alla comunicazione, che ribadisce lo sbilanciamento di potere tra chi parla e chi ascolta».

«La prima regola per una buona comunicazione è quella di stabilire un rapporto con l'interlocutore», evidenzia lo scrittore. «Certo, non è facile farlo con 15 persone al giorno, ma non è neanche impossi-

bile, perché è sufficiente anche in breve tempo far percepire all'interlocutore che lo stai ascoltando». Attenzione e rinuncia ai tecnicismi sono atteggiamenti che aprono al medico la possibilità di esercitare la propria professione con compassione. «Non empatia, che vuol dire soffrire come il paziente, ma compassione che significa - conclude Carofiglio - far sentire al paziente che sei lì per aiutarlo in nome della comune umanità».

NUMERI

82,8

Anni

È l'aspettativa di vita generale nel nostro Paese: 84,8 le donne e 80,7 gli uomini. (Dati Eurostat, 2022)

81-84

Differenze

La Regione dove si vive di più è la P.A. di Trento (84,4); quella in cui si vive di meno è la Campania (81,1)

62,2

In Ue

È il numero di anni di vita in buona salute alla nascita. L'Italia è ai primi posti: 67,8 per le donne e 67,1 per gli uomini

10,1

Invecchiamento

In Italia dopo i 65 anni l'aspettativa di vita in buona salute è pari a 10,1 anni, di un anno superiore alla media europea

Non basta
l'hi-tech se
si perde il
capitale umano.
E il rapporto
medici-pazienti
peggiora

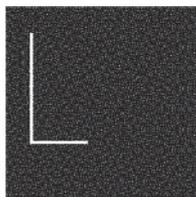


Gregis, Luca, Muraro, Rossi e Santocono

Qui ci vuole una partnership

Asl e ospedali assieme alle aziende che li riforniscono: di farmaci e prestazioni. Serve una collaborazione che aiuti il pubblico a erogare servizi all'avanguardia. E a tenere i conti in ordine

di FEDERICO MERETA



a Sanità del futuro? Il frutto di un'integrazione intelligente. Con il pubblico che decide le strategie della Sanità stessa e si serve delle strutture private per applicarle. «Tutti i sistemi sanitari nazionali vedono pubblico e privato insieme, sia dal punto di

vista del finanziamento sia da quello dalla produzione delle cure: ma, come in un cocktail, non basta enumerare gli ingredienti, bisogna anche vedere la quantità degli stessi», ha segnalato Gilberto Muraro, presidente della Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, nel corso della tavola rotonda "La partnership pubblico-privato", appuntamento del *Festival di Salute*.

«Guardando alle proporzioni del pubblico e del privato in Sanità, i modelli appaiono molto diversi a livello internazionale e abbastanza diversi tra



Regioni, anche all'interno del nostro Paese. Da questo punto di vista, sono un convinto assertore del modello veneto ed emiliano-romagnolo, in cui, a differenza del modello lombardo, la prevalenza è nettamente del pubblico, che lascia uno spazio significativo al privato, ma soltanto con funzioni integrative e di stimolo. La validità di questo modello - ha evidenziato - è accresciuta nella prospettiva di un invecchiamento della popolazione che esalta la medicina territoriale rispetto a quella ospedaliera e postula un intreccio sempre più fitto tra assistenza sociale e assistenza sanitaria. Anche nella forte presenza di servizi socio-sanitari, il modello veneto rappresenta un positivo benchmark, e su questa strada bisogna proseguire».

C'è da considerare il fatto che tutto deve essere parametrato con i bisogni della popolazione e questi, spesso, non sono esclusivamente sanitari. Il motivo? Con l'aumentare dei casi di cronicità e con l'incremento dell'età media degli abitanti la sfida per l'Italia è anche quella di assicurare una buona qualità della vita. Remando tutti in un'unica direzione. Perché i possibili protagonisti di un percorso efficace di salute per i cittadini sono tanti, con le realtà sociali e produttive che si propongono come "motori". L'ha confermato Antonio Santocono, presidente della Camera di Commercio di Padova, che, oltre a rilevare quanto e come il biomedicale rappresenti una realtà per la città, la provincia e la Regione, ha messo il punto sull'importanza di iniziative come il World Health Forum dei mesi scorsi per giungere fino alla prossima fiera

Circular Medical Expo.

Al centro, quindi, c'è il concetto del "vivere bene". «Ogni anno, con Ipsos, cerchiamo di capire il "sentiment" delle imprese. Quest'anno - ha detto Santocono - abbiamo scoperto che, tra le esigenze principali, oltre alla sburocratizzazione e all'accesso al credito, sta proprio la qualità della vita. Si tratta di un'indicazione importante e trasversale a tutto il mondo produttivo».

Preservare, per quanto possibile, il benessere psicofisico e sociale di ogni persona è quindi l'obiettivo basilare della programmazione e delle partnership. Purtroppo, però, a volte irrompono "perturbazioni" che possono incidere sul percorso di salute. E allora? Allora, la conoscenza e l'informazione diventano asset fondamentali, soprattutto quando si debbono affrontare patologie che possono essere

difficili da identificare. Senza perdere tempo. È il caso delle malattie rare: il riconoscimento precoce del quadro è basilare. «Purtroppo si stima che, oggi, servano cinque anni per una diagnosi di malattia rara», ha sottolineato Anna Chiara Rossi, general manager di Alexion (AstraZeneca Rare Disease). «È un problema incredibile sia dal punto di vista terapeutico sia sotto il profilo della salute dei pazienti. Ecco perché, credo, è fondamentale concentrarsi su questo aspetto e risolverlo».

Insomma, in chiave di partenariato pubblico-privato non bisogna pensare solo ai farmaci e alla ricerca. Ma anche e soprattutto, per le persone con malattia rara e le famiglie, a iniziative che possano migliorare l'accesso a una diagnosi precoce e tempestiva. In questo senso, oltre a rendere più veloce possibile l'accesso ai farmaci e l'equità che superi



REPUBBLICA SALUTE

eventuali differenze legate ai diversi ambiti regionali, occorre puntare su servizi e sostegni a pazienti e caregiver che vadano oltre la disponibilità del farmaco. «Il nostro impegno è anche quello di portare progetti che abbiano una ricaduta diretta sulla quotidianità delle persone, come soluzioni e servizi per le persone con malattie rare, come i programmi di supporto che vanno dall'assistenza domiciliare ai servizi di trasporto dei pazienti presso i centri di cura, fino al sostegno psicologico e fisioterapico, come esempi di collaborazione pubblico-privato».

Per il mondo Pharma, insomma, si disegna un nuovo e affascinante percorso. A dettare le esigenze sono i pazienti e le aziende devono diventare una sorta di "spugna", capace di assorbire gli spunti innovativi della ricerca che possono provenire anche dalle società stesse e da start-up, da università e centri di ricerca. Per poi tradurre tutto nella capacità di "prendersi cura". Anche sfruttando le tecnologie emergenti. «Stiamo concentrando l'attenzione anche sull'Intelligenza Artificiale, importante alleato nel fornire soluzioni all'avanguardia sia per i medici sia per i pazienti. L'obiettivo - ha spiegato Arianna Gregis, ad di Bayer Pharmaceuticals Italia - è migliorare l'efficacia delle cure, personalizzare i trattamenti e ottimizzare i processi clinici, rendendo la medicina più precisa e accessibile».

Oltre al farmaco, perciò, la tecnologia può diventare un supporto basilare che riverbera i propri effetti positivi su chi affronta una patologia. È il caso di una piattaforma digitale in cloud che sfrutta il deep learning per la diagnostica per immagini. Aiuta i radiologi, ma favorisce anche il paziente, che potrà ottenere diagnosi sempre più precise in tempi ridotti, mentre il rischio di errore e il carico di lavoro per i medici diminuiranno sensibilmente. «Un esempio è TeraPiù, una app per smartphone che sfrutta l'IA: è stata concepita con l'obiettivo di ottimizzare la gestione dell'assunzione di farmaci, monitorando la condizione del paziente. Puntiamo così - ha detto Gregis - a essere un supporto per migliorare l'aderenza alle terapie da assumere nei casi di patologie croniche».

Condividere esperienze e integrare le "Best Practices", insomma, può aiutare a "prendere in carico" la Sanità. Lo ricorda la storia dell'Ismett, a Palermo, nata grazie alla visione di un gruppo di patologi dell'ospedale Cervello, quando la proposero all'Upmc, University of Pittsburgh Medical Center.



«Oggi siamo una realtà internazionale nell'ambito dei trapianti e delle terapie avanzate, con oltre 3300 interventi realizzati e la capacità sempre maggiore di attrarre pazienti da tutto il territorio nazionale e dal mondo», ha detto Angelo Luca, amministratore delegato di Upmc Italia. «Il modello di collaborazione è trasparente. Al pubblico, cioè alla Regione, spettano la pianificazione gestionale, il finanziamento e il controllo. Al privato, Upmc, appunto, è invece affidata l'intera gestione, compresa la selezione del personale medico e manageriale e il trasferimento del know-how clinico, gestionale e scientifico. In questo modo siamo riusciti a migliorare la qualità dei servizi sanitari, ad attrarre talenti e a garantire un trasferimento tecnologico e scientifico costante».

Il modello presenta aspetti che possono ispirare esperienze simili. Occorre, infatti, essere snelli e orientati ai risultati, con la necessità per il privato di eccellere per avere davvero un ruolo significativo. Senza dimenticare le scelte strategiche che possono aiutare il servizio pubblico.

«L'Ismett non soltanto si concentra sulle terapie avanzate, come dimostra il peso del Drg, il più alto in Italia, ma ha risposto prontamente e in modo efficace alle emergenze del territorio, come è avvenuto nel caso della pandemia da Covid, quando, in appena due mesi, sono stati attivati 60 posti letto di terapia intensiva di secondo livello, o più recentemente con lo smaltimento delle liste di attesa pediatriche. Così - è stata la conclusione di Luca - si può davvero creare valore e stabilire nuovi benchmark, essendo attrattivi anche per i pazienti che arrivano dall'estero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NUMERI

88,7%

Fiducia
Percentuale degli italiani per i quali il Ssn è un pilastro fondamentale (dati: 21° Rapporto Ospedali & Salute, Aiop e Censis)

51,6%

A pagamento
Percentuale degli italiani che sceglie direttamente la sanità a pagamento (privato puro e intramoenia)

42,2

Miliardi di euro
È stata la spesa sanitaria privata nel 2022. Quella pro capite dal 2012 al 2022 ha registrato un +21,1%

La tecnologia può diventare un supporto per chi affronta una patologia. Dalle app al deep learning

Progetti per i bisogni dei malati: dall'assistenza domiciliare al sostegno psicologico



27 nov
2024

DAL GOVERNO

S
24

Cimo-Fesmed a Schillaci: “Si faccia portavoce del nostro disagio presso il Mef e le Regioni”

La Federazione Cimo-Fesmed ha partecipato, questa mattina, all'incontro organizzato dal ministro della Salute Orazio Schillaci con le organizzazioni sindacali che rappresentano il personale sanitario.

Il presidente Guido Quici ha sottolineato gli “scarsi risultati” ottenuti nella bozza di legge di Bilancio: l'abolizione del tetto alla spesa per il personale è del tutto assente, così come

risultano non pervenuti il piano straordinario di assunzioni e la defiscalizzazione dell'indennità di specificità medica, mentre le risorse da destinare al Fondo sanitario nazionale sono diluite in più anni, come se la crisi della sanità pubblica potesse essere risolta a rate.

È stata anche evidenziata la carenza di una visione generale del futuro del Servizio sanitario nazionale, senza la quale le risorse stanziare non saranno mai sufficienti, soprattutto se si considera che le Regioni non utilizzano interamente i fondi che hanno a disposizione o li destinano per finalità diverse da quelle previste. A tal proposito, la Federazione Cimo-Fesmed vorrebbe conoscere i risultati del tavolo di lavoro sulla riforma della rete ospedaliera e della sanità territoriale (DM 70 e DM 77), a cui sedevano anche i sindacati ma di cui non si hanno più tracce.

Quici ha inoltre richiesto l'emanazione dell'atto di indirizzo necessario ad avviare la trattativa per il rinnovo del contratto dei dirigenti medici 2022-



2024 e lo sblocco della contrattazione per i medici dipendenti delle strutture sanitarie private accreditate afferenti all'AIOP, che attendono da quasi 20 anni il nuovo CCNL e che hanno proclamato uno sciopero nazionale per il prossimo 4 dicembre.

”Chiediamo al ministro Schillaci di farsi portavoce del nostro disagio presso il ministero dell'Economia e le Regioni - ha concluso Quici -. Noi assicuriamo il nostro contributo rappresentando le criticità e le necessità che ci segnalano medici da tutta Italia, ma pretendiamo di essere ascoltati e non presi in giro”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

27 nov
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Ddl bilancio/ Capigruppo, in Aula al Senato nella settimana dal 16 dicembre a sabato 21. In caso sedute anche dal 23 al 28 dicembre

di *Radiocor Plus*

Nella settimana da lunedì 16 dicembre saranno all'esame dell'Aula del Senato il Dl lavoro-Pnrr e, a seguire, il Ddl di Bilancio. Sono previste sedute fino a sabato 21 se necessario, senza orario di chiusura della seduta. Lo ha deciso la Conferenza dei Capigruppo del Senato, come riferito all'Assemblea dal presidente di turno, Gian Marco Centinaio. La sessione di bilancio, ha riferito ancora Centinaio, sarà avviata in relazione alla trasmissione del provvedimento da parte della Camera. La Capigruppo ha già fissato, se necessarie, sedute senza orario di chiusura anche nella settimana da lunedì 23 a sabato 28 dicembre.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

27 nov
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Ddl bilancio: Bottega (Nursind), infermieri a bocca asciutta, delusi dal governo

«Grande delusione di fronte all'impossibilità di reperire nuove risorse per sostenere il personale infermieristico più disagiato, ovvero i turnisti che, tra l'altro, sono i più esposti al fenomeno crescente delle dimissioni precoci». A esprimere il malcontento del Nursind, dopo il tavolo al ministero della Salute, è il segretario nazionale Andrea Bottega.

«L'aspetto positivo è stato aver riscontrato la disponibilità del governo a lavorare sul piano ordinamentale per valorizzare le professioni sanitarie non mediche, e in particolare quella infermieristica, nel provvedimento che sta prendendo corpo al ministero. Mentre - continua Bottega - sul fronte della valorizzazione economica l'unica possibilità d'intervento che ci è stata prospettata sarà a partire dai saldi di bilancio delle prossime finanziarie 2026 e 2027. Gli infermieri, dunque, al momento restano a bocca asciutta. Un fatto ancor più grave a fronte della consapevolezza che tutti hanno ormai maturato nel Paese circa la grande emergenza che vive questa categoria». Ma al ministero sono state affrontate anche altre questioni chiave. A cominciare dalla condizione delle ostetriche che reclamano da anni l'indennità di specificità come gli infermieri. Su questo il Nursind è stato chiaro al tavolo: «Se non ci fosse la possibilità di una soluzione normativa - spiega il segretario -, abbiamo dato la nostra disponibilità a discutere il tema



all'interno dell'attuale tavolo contrattuale».

Non meno importante, infine, il tema dei mancati rinnovi dei Ccnl della sanità privata: «Sono diversi i professionisti che lamentano ritardi anche di 12 anni. Il ministro Schillaci - conclude Bottega - si è impegnato affinché venga inserita una clausola in legge di Bilancio che vincoli il regime di accreditamento in convenzione all'adeguamento dei contratti secondo le scadenze previste».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RICERCA GIMBE

Fascicolo sanitario Il consenso solo dal 41% dei pazienti

Solo il 41% gli italiani che hanno dato il loro consenso alla consultazione da parte di medici e operatori sanitari del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), strumento fondamentale per la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Emerge dal rapporto della Fondazione Gimbe sull'Fse:

«Il Fascicolo sanitario elettronico - dichiara il presidente Nino Cartabellotta - è strategico per migliorare accessibilità, continuità delle cure e integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Tuttavia persistono significative diseguaglianze regionali»: si passa dall'89%

dell'Emilia - Romagna all'1% di Abruzzo, Campania, Calabria e Molise. —



27 nov
2024

DAL GOVERNO

S
24

Gimbe: forti disparità territoriali sul Fascicolo sanitario elettronico, solo il 41% dei cittadini ha dato il consenso

di *Fondazione Gimbe*

In occasione del 19° Forum Risk Management di Arezzo, la Fondazione GIMBE, per voce del presidente **Nino Cartabellotta**, ha presentato i dati aggiornati sulla completezza e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nelle Regioni italiane. Questo strumento, cruciale per l'accessibilità ai servizi sanitari, evidenzia profonde disomogeneità regionali, che configurano vere e proprie "fratture digitali" sia in termini di servizi offerti che di utilizzo da parte di cittadini e professionisti sanitari. «Il Fascicolo Sanitario Elettronico – dichiara Cartabellotta – non è solo uno strumento con cui il cittadino può tracciare e consultare la propria storia sanitaria, condividendola in maniera sicura ed efficiente con gli operatori sanitari, ma rappresenta una leva strategica per migliorare accessibilità, continuità delle cure e integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Il PNRR, grazie ad un investimento dedicato, mira ad arricchire e armonizzare i FSE, rendendoli interoperabili e connettendo tra loro le infrastrutture digitali. Tuttavia, ad oggi, persistono significative diseguaglianze regionali che privano molti cittadini delle stesse opportunità di accesso e utilizzo. Inoltre, la mancata armonizzazione del FSE rischia di lasciare i cittadini senza accesso a dati essenziali per la propria salute in caso di spostamento tra Regioni».



Infatti, i dati aggiornati al 31 agosto 2024 estratti ed elaborati dal portale Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 del Ministero della Salute e del Dipartimento per la Trasformazione Digitale evidenziano che la completezza di documenti e servizi disponibili nel FSE e il suo utilizzo variano significativamente tra Regioni.

COMPLETEZZA DEL FSE

Documenti. Il Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 ha definito i contenuti del FSE 2.0, ma non tutte le Regioni rendono disponibili tutti i documenti. «Ad oggi – spiega il presidente – solo 7 tipologie di documenti sono accessibili su tutto il territorio nazionale: lettere di dimissione ospedaliera, prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, referti di laboratorio, di radiologia e di specialistica ambulatoriale, verbali di pronto soccorso». A livello regionale è presente una forte disomogeneità nella disponibilità dei documenti nel FSE. Il profilo sanitario sintetico, il documento di erogazione delle prestazioni specialistiche e quello di erogazione dei farmaci e il referto di anatomia patologica sono disponibili in oltre l'80% delle Regioni. Il certificato vaccinale è presente in 16 Regioni e Province autonome (76%) mentre il taccuino personale dell'assistito e della scheda della singola vaccinazione si trovano nei FSE di 12 Regioni (57%). Solo 5 Regioni rendono disponibile la lettera di invito per screening vaccinazione e altri percorsi di prevenzione. La cartella clinica, invece, è disponibile esclusivamente in Lazio, Sardegna e Veneto.

A livello nazionale sono messi a disposizione degli utenti il 79% dei documenti. Il Lazio è l'unica Regione che include nel FSE tutte le tipologie di documenti previsti dal decreto, mentre le altre Regioni presentano livelli di completezza variabili: dal 94% del Piemonte al 63% di Marche e Puglia.

Servizi. Attualmente, nei FSE regionali sono disponibili 37 servizi (tabella 2), che permettono ai cittadini di svolgere varie attività fondamentali: dal pagamento di ticket e prestazioni alla prenotazione di visite ed esami, fino alla scelta del medico di medicina generale o alla consultazione delle liste d'attesa. La disponibilità di questi servizi varia significativamente tra le Regioni: solo Lazio (67%) e Toscana (64%) superano la soglia del 60%, offrendo un'ampia gamma di funzionalità. All'estremo opposto, in Abruzzo e Calabria, i servizi accessibili tramite il FSE si fermano all'8%. «L'assenza di un'integrazione completa dei servizi, soprattutto nelle Regioni del Sud – commenta Cartabellotta – riduce il potenziale del FSE come strumento di innovazione e accessibilità ai servizi sanitari, limitando le opportunità per i cittadini di beneficiare di una sanità realmente digitale».

UTILIZZO DEL FSE

Consenso alla consultazione. Al 31 agosto 2024 (per il Friuli Venezia Giulia i dati sono al 31 marzo 2024), il 41% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti sanitari da parte di medici e operatori del SSN, in linea con le finalità del DM 7 settembre 2023. Anche su questo fronte si rileva un'ampia variabilità regionale: l'adesione varia dall'1% in Abruzzo, Calabria, Campania e Molise all'89% in Emilia-Romagna. Tra le Regioni del Mezzogiorno, solo la Puglia con il 69% supera la media nazionale. «La limitata espressione del consenso da parte dei cittadini – spiega il Presidente – soprattutto nelle Regioni del Mezzogiorno, evidenzia l'urgenza di infondere una maggiore fiducia nella popolazione. È fondamentale rassicurare i cittadini sulla sicurezza dei dati personali e sull'utilità concreta del FSE. Senza un intervento mirato in questa direzione, gli sforzi compiuti dai servizi sanitari regionali rischiano di essere vanificati».

Utilizzo del FSE. Tra giugno e agosto 2024 (per il Friuli Venezia Giulia i dati sono gennaio-marzo 2024), solo il 18% dei cittadini ha consultato il proprio FSE almeno una volta, considerando coloro per cui nello stesso periodo è stato reso disponibile almeno un documento nel fascicolo. Tuttavia, le differenze tra le Regioni sono significative: si passa dall'1% di utilizzo nelle Marche e in Sicilia al 50% della Provincia autonoma di Trento. Nelle Regioni del Mezzogiorno, il tasso di utilizzo è generalmente molto basso, con percentuali pari o inferiori al 3%, fatta salva la Sardegna che raggiunge il 10%. L'unica eccezione positiva è rappresentata dalla Campania, che con il 18% si allinea alla media nazionale. «Il limitato utilizzo del FSE da parte dei cittadini – commenta il presidente – particolarmente evidente nelle Regioni del Sud, sottolinea l'urgenza di investire in alfabetizzazione digitale. Questa è una condizione imprescindibile per realizzare una trasformazione digitale efficace, che trova nell'utilizzo del FSE uno strumento fondamentale».

Utilizzo da parte di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Tra giugno e agosto 2024 (per il Friuli Venezia Giulia i dati sono gennaio-marzo 2024), la quasi totalità (94%) di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta ha effettuato almeno un accesso al FSE. 11 Regioni raggiungono il 100% di utilizzo: Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Molise, Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto. Nelle altre Regioni il tasso di utilizzo rimane elevato ma di poco inferiore: Campania, Liguria e Provincia autonoma di Bolzano (99%), Friuli Venezia Giulia (97%), Calabria (94%). Al di sotto della media nazionale si collocano Sicilia e Marche (92%), Abruzzo (88%), Toscana (82%) e Lombardia (81%).

Utilizzo da parte di medici specialisti. Al 31 agosto 2024 (per il Friuli Venezia Giulia i dati sono al 31 marzo 2024), il 76% dei medici specialisti

delle Aziende sanitarie risulta abilitato alla consultazione del FSE, con significative differenze regionali. Le percentuali oscillano tra lo 0% della Liguria e il 100% in Lombardia, Molise, Province autonome di Bolzano e Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto. Al di sotto della media nazionale si collocano Sicilia (73%), Lazio (59%), Abruzzo (28%), Calabria (25%), Marche (2%) e Umbria (1%). La Liguria rimane il fanalino di coda con una totale assenza di medici specialisti abilitati (0%).

A partire dal 2025, un'importante innovazione è destinata a incrementare ulteriormente l'uso del FSE: **la dematerializzazione della ricetta bianca**. Grazie a questa evoluzione, anche le prescrizioni non a carico del SSN saranno disponibili in formato elettronico e gestibili direttamente attraverso il FSE. «La ricetta bianca dematerializzata – commenta Cartabellotta – rappresenta un significativo passo avanti verso una sanità sempre più digitale e integrata. Sebbene rimanga per il paziente la possibilità di ricevere la ricetta via email, WhatsApp o di ritirare il farmaco direttamente in farmacia tramite il proprio codice fiscale, il FSE diventerà il fulcro di una gestione completa, sicura e trasparente delle prescrizioni mediche».

«Per ridurre le diseguaglianze – aggiunge Cartabellotta – è indispensabile un nuovo patto nazionale per la sanità digitale, che coinvolga il Governo e le amministrazioni regionali. Senza un piano di integrazione nazionale, rischiamo di generare nuove diseguaglianze in un sistema sanitario che già viaggia a velocità diverse, dove tecnologia e innovazione rimangono accessibili solo a una parte della popolazione. Questo finisce per escludere proprio le persone che più dovrebbero beneficiare della trasformazione digitale: anziani, persone sole, residenti in aree isolate o disagiate, di basso livello socio culturale». In un contesto in cui il FSE rappresenta il pilastro della trasformazione digitale di una moderna sanità pubblica, la Fondazione GIMBE esorta le istituzioni ad adottare misure concrete volte a migliorare l'alfabetizzazione digitale di cittadini, pazienti, caregiver, familiari e professionisti sanitari, rafforzare le infrastrutture digitali, standardizzare le procedure di accesso al fine di garantire un'adozione uniforme del FSE su tutto il territorio nazionale. «Affinché il FSE diventi davvero uno strumento inclusivo, capace di rispondere alle esigenze di ogni cittadino – conclude Cartabellotta – è infine fondamentale superare con iniziative di formazione e sensibilizzazione la scarsa alfabetizzazione digitale di una parte significativa dei cittadini e i timori legati alla privacy dei dati personali, che oggi rappresentano ostacoli rilevanti ad un'adozione diffusa del FSE».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il voto in Senato: è previsto un semestre filtro, poi la graduatoria in base agli esami

Addio ai test di Medicina Primo sì tra le polemiche I rettori: è irrealizzabile

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Basta test cervellotici di accesso alla facoltà di Medicina, i famigerati Tolc. Anche se il numero chiuso resta, con la selezione spostata in avanti di sei mesi. Periodo durante il quale chiunque voglia si potrà cimentare in un semestre propedeutico all'accesso a tutte le Facoltà di area biomedica, comprese infermieristica, biologia, farmacia e veterinaria.

Con 87 voti favorevoli e 40 contrari, passa al Senato il disegno di legge che riforma l'accesso ai corsi di laurea in medicina, sperando che questo faccia tornare una vocazione che tra i giovani sembra permanere solo per le specialità dove l'attività privata rende ancora appetibile indossare il camice.

Il testo passa ora alla Camera per il via libera definitivo che non dovrebbe tardare ad arrivare visto il consenso piuttosto ampio intorno al testo. Prevede che finito il semestre "propedeutico" chi avrà conseguito tutti i crediti formativi in medicina potrà andare avanti, altrimenti potrà utilizzare quanto acquisito per un altro corso di studi affine,

che dovrà essere indicato come seconda scelta al momento della doppia e gratuita iscrizione. Questo non significa però che il numero chiuso sarà messo in soffitta, perché attingendo a una graduatoria nazionale andranno poi avanti i migliori, in numero programmato definito sulla base dell'effettivo fabbisogno del Ssn a corto di camici bianchi. Ma anche del numero di borse di studio per le scuole di specializzazione che lo Stato sarà in grado di finanziare. «Stiamo andando progressivamente ma inesorabilmente verso un'apertura del numero chiuso sostenibile, programmata ma inarrestabile», commenta la ministra dell'Università, Anna Maria Bernini. Alla quale un nutrito gruppo di studenti universitari ha inviato una lettera di protesta, sostenendo che «senza risorse le Università non reggeranno l'impatto e che si finirà per favorire i corsi di preparazione privati penalizzando i meno abbienti».

Ma la riforma non va giù alla Conferenza dei Rettori: con il taglio del 10% ai bilanci universitari la situazione da preoccupante diventa drammatica quando si considera l'assoluta incertezza sul finanziamento statale anche per l'anno 2025». Per cui «in

questo contesto l'ingresso di 40-60 mila candidati in più è semplicemente impensabile». Ma a preoccupare i Rettori ci sono altri due aspetti. Il primo riguarda la possibilità di accogliere materialmente e formare adeguatamente la nuova ondata di studenti, perché «le risorse utilizzate finora per 20 mila non possono essere sufficienti per i 60-80 mila candidati che frequenterebbero una volta la revisione andasse a regime». In secondo luogo per la Crui «esiste un rischio consistente che la mo-

difica delle modalità di accesso al corso di laurea in Medicina e chirurgia, Odontoiatria e Medicina veterinaria determini una ulteriore diminuzione di candidati per le altre professioni, in particolare infermieristica, i cui laureati sono molto più carenti e necessari dei medici».

Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei medici, propone un'altra ricetta rispetto a quella sformata ieri dal Senato: «Dobbiamo aiutare i giovani a pianificare la propria vita futura avviandoli un anno prima di finire le scuole superiori a un percorso di formazione con corsi on line garantiti dall'Università, che ser-

vano a far comprendere se hanno la vocazione e la predisposizione a fare i medici. Dopo questo periodo formativo si selezioneranno i migliori che avranno diritto in base a una graduatoria ad accedere alle facoltà di Medicina» è l'alternativa proposta, che sembra aver ben funzionato in un centinaio di licei.

Per vedere attuata la riforma bisognerà comunque attendere i 12 mesi per l'emanazione dei decreti attuativi: se ne riparlerà probabilmente nel 2026 e gli effetti si vedranno all'alba del 2036, visto che tra laurea e specializzazione, per avere un nuovo dottore passano 10 anni. Mentre l'emergenza è ora, con 25 mila medici mancanti su 40.250. Al contrario, come dimostra uno studio del sindacato dei medici ospedalieri Anaa, già nel 2032 avremo 12 mila camici bianchi in sovrannumero, perché a fronte di 20 mila laureati saranno circa 8 mila quelli che andranno in pensione. —

ANNA MARIA BERNINI
MINISTRA
DELL'UNIVERSITÀ



Stiamo andando inesorabilmente verso un'apertura al numero chiuso programmato

FILIPPO ANELLI
PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI



Dobbiamo aiutare i giovani a pianificare la propria vita futura con formazione già alle superiori



Le prove
A luglio sono stati 44 mila gli studenti iscritti ai test per entrare a Medicina



27 nov
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Accesso “libero” a medicina: con l’ok del Senato il Ddl passa alla Camera. I dettagli della delega al Governo dopo lo stop al numero chiuso

Via libera dell’Aula del Senato al Ddl recante delega al Governo per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria. Il provvedimento è un testo unificato di diversi disegni di legge presentati. I voti a favore sono stati 87, i contrari 40, gli astenuti 18.

Il Ddl passa ora all’esame della Camera. Il provvedimento si compone di tre articoli. L’articolo 1 mira a potenziare il Servizio sanitario nazionale, incrementando il numero e la qualità dei professionisti sanitari; l’articolo 2 (con la delega al Governo) ha l’obiettivo di un accesso libero al primo semestre dei corsi di laurea, eliminando quindi il numero chiuso iniziale, con un’ulteriore selezione per il secondo semestre, basata su esami e una graduatoria nazionale di merito; l’articolo 3, infine, prevede la revisione delle normative attuali per allinearle ai nuovi criteri stabiliti.

In particolare, l’articolo 2 (Delega al Governo per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria), comma 1, delega il



Governo ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria, in attuazione degli articoli 32 e 34 della Costituzione e nel rispetto dell'autonomia delle università.

Il 20 novembre 2024 è stata annunciata la costituzione di un tavolo di lavoro sulla riforma dell'accesso ai corsi di laurea in medicina presso il Mur.

Il comma 2 elenca i principi e criteri direttivi ai quali il Governo deve attenersi nell'esercizio della delega:

a) prevedere che l'iscrizione al primo semestre dei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria sia libera;

b) individuare criteri di sostenibilità per l'iscrizione al primo semestre dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 che siano commisurati alla disponibilità dei posti dichiarata dalle università;

c) individuare le discipline qualificanti comuni che devono essere oggetto di insegnamento nel primo semestre dei corsi di studio di area biomedica, sanitaria, farmaceutica e veterinaria e definire i medesimi corsi garantendo programmi uniformi e coordinati e l'armonizzazione dei piani di studio dei suddetti corsi, per un numero complessivo di crediti formativi universitari stabilito a livello nazionale;

d) prevedere che l'ammissione al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 sia subordinata al conseguimento di tutti i Cfu stabiliti per gli esami di profitto del primo semestre svolti secondo standard uniformi nonché alla collocazione in posizione utile nella graduatoria di merito nazionale;

e) garantire, nel caso di mancata ammissione al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1, il riconoscimento dei Cfu conseguiti dagli studenti negli esami di profitto del primo semestre relativi alle discipline qualificanti comuni di cui alla lettera c) solo qualora siano stati conseguiti tutti i Cfu stabiliti per gli esami di profitto del primo semestre, ai fini del proseguimento, anche in sovrannumero, in un diverso corso di studi tra quelli di cui alla lettera c), da indicare come seconda scelta rispetto ad uno dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1, rendendo obbligatoria e gratuita la doppia iscrizione limitatamente al primo semestre, nonché individuare modalità per permettere l'iscrizione a corsi di laurea diversi da quelli di cui al comma 1 nonché di quelli definiti ai sensi della lettera c) anche oltre il termine stabilito in via ordinaria;

f) in coerenza con il fabbisogno di professionisti del Ssn, determinato dal ministero della Salute, compatibile sotto il profilo economico-finanziario con il finanziamento vigente, individuare le modalità per rendere sostenibile il numero complessivo di iscrizioni al secondo semestre dei corsi di studio di cui alla lettera c), anche attraverso il potenziamento delle capacità ricettive

delle università, nel rispetto di standard innovativi relativi alla qualità della formazione, comunque nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, e dei requisiti previsti per l'accreditamento a livello europeo e internazionale;

g) individuare le modalità atte a consentire l'allineamento del contingente di posti dei corsi di laurea di cui alla lettera d) con i posti disponibili per l'accesso ai corsi di formazione post lauream, tenendo conto del numero delle carenze di organico registrate dal SSN sull'intero territorio nazionale;

h) introdurre un sistema di monitoraggio dei fabbisogni del personale del Ssn, in collaborazione con il Ministero della salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni, al fine di intervenire a sostegno degli ambiti di specializzazione in cui si registrano le eventuali carenze;

i) garantire che il numero di studenti iscritti al primo semestre dei corsi di laurea magistrale di cui al comma 1 non sia considerato ai fini del riparto annuale del Fondo per il finanziamento ordinario delle università di cui all'articolo 5 della legge 24 dicembre 1993, n. 537;

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bufale sul Covid **La commissione d'inchiesta** **sulla pandemia nomina due** **consulenti simbolo dei No vax**

Roma. La commissione d'inchiesta parlamentare sulla gestione dell'emergenza Covid-19 nominerà due "esperti" come consulenti a titolo gratuito. A renderlo noto è stato il presidente della commissione, il senatore di Fratelli d'Italia, Marco Lisei, con un post su X. A parte la singolare modalità con cui la decisione è stata comunicata all'opinione pubblica, a colpire è soprattutto l'identità dei due consulenti: Giovanni Frajese e Alberto Donzelli, diventati negli ultimi anni punti di riferimento del mondo no vax per le loro posizioni critiche sulla gestione della pandemia e più in generale sull'uso dei vaccini e delle mascherine.

Frajese è professore associato all'Università degli studi di Roma Foro Italico e specialista in endocrinologia. E' diventato un personaggio simbolo del mondo no vax il 18 giugno 2021, quando è intervenuto a un convegno promosso al Senato dal leghista Armando Siri, rivelando di avere una figlia e di non volerla vaccinare, ritenendo il vaccino contro il Covid-19 non sicuro. Frajese motivò la decisione facendo riferimento al breve tempo con cui gli scienziati erano arrivati a sviluppare il vaccino e ai rischi di miocardite che avrebbe potuto colpire i giovani. Poi ha deciso anche lui di non vaccinarsi, così nel 2022 è stato sospeso dall'Ordine dei medici per inosservanza dell'obbligo vaccinale, diventando ancora di più un "eroe" agli occhi di complottisti e disinformati della pandemia. E' stato reintegrato una volta conclusa l'emergenza pandemica.

Da quel 18 giugno 2021, Frajese è stato protagonista di un crescendo di dichiarazioni critiche contro le istituzioni e zeppe di bestialità scientifiche: ha definito i vaccini contro il Covid-19 dei "trattamenti genici"; ha detto che i "bambini sono stati utilizzati come cavie per sperimentazioni geniche, un punto di non ritorno che segnerà nel male la medicina"; ha affermato che la vaccinazione contro il Covid-19 è un pericolo per la salute, perché indebolisce il sistema immunitario ("Poi la patologia che arriva dipende dai fattori di rischio: è come una bomba, non sai dove arrivano le schegge"); ha più volte parlato di effetti avversi, anche permanenti, legati alla vaccinazione ("In generale, si fa finta di non notare un aumento di tutta una serie di patologie: dai tumori, alla sindrome di Julian Barrè, a problemi mestruali importanti"); ha più volte denunciato il rischio di "genotossicità e cancerogenicità" dei vaccini anti Covid, citando di recente uno studio "che nessuno ha voluto pubblicare" secondo cui nei vaccini sono stati trovati frammenti di Dna, cosa che potrebbe spiegare "il diffondersi dei turbo-tumori". L'apice, se così si può definire, di questa esposizione pubblica è stata toccata da Frajese con la decisione, nell'agosto 2022, di candidarsi alle elezioni politiche nella lista Italexit di Gianluigi Paragone, senza successo (come tutti i candidati della lista).

Anche il secondo esperto scelto dalla commissione d'inchiesta sul Covid, Alberto Donzelli, ha avuto negli ultimi anni ampia visibilità nel

mondo no vax. Medico specialista in Igiene e medicina preventiva e in Scienza dell'alimentazione, già nel dicembre 2021 in un'audizione al Senato tentò di dimostrare come un presunto eccesso di mortalità registrato nel 2021 rispetto all'anno precedente fosse imputabile alle vaccinazioni in atto contro il Covid. Anche lui ritiene che la decisione di imporre l'obbligo di vaccinazione contro il Covid-19 sia stata adottata dalle istituzioni nazionali in violazione della Costituzione. Donzelli ha poi più volte sostenuto che i vaccini anti Covid-19 "non solo non prevengono l'infezione, salvo nei primi mesi, ma nel tempo mostrano di favorirla in misura crescente".

La commissione d'inchiesta parlamentare (lo ricordiamo, boicottata da Partito democratico, Avs e Azione) ha di fatto deciso di nominare come consulente una persona già audita. Donzelli era infatti stato sentito in commissione lo scorso 29 ottobre. In quell'occasione, tanto per cambiare, aveva sostenuto l'inefficacia dell'uso delle mascherine per il contenimento del contagio, contrariamente a quanto consigliato dall'Organizzazione mondiale della sanità e pure suggerito dalle ultime indicazioni del ministero della Salute italiano.

Con il livello di pressapochismo, pregiudizio e disinformazione che anima i componenti della commissione d'inchiesta, e con due consulenti così, cosa potrebbe andare storto?

Ermes Antonucci



Ciani, Scopinaro e Zaratini

Diamo la parola ai pazienti

Non solo farmaci e cure. È fondamentale valutare la qualità di vita dei pazienti. Ora c'è un programma per raccontare le loro esperienze

di LETIZIA GABAGLIO



aggiungi un posto al tavolo. A quello della ricerca scientifica, della valutazione dei farmaci e dei percorsi di cura. Il posto è quello dei pazienti, che con la loro voce possono far luce su aspetti che non vengono indagati dai medici e che, invece, possono migliorare le condizioni di salute dei malati e rendere il sistema sanitario più efficiente e sostenibile.

La sedia da aggiungere al tavolo è quella dei PROs (Patient Reported Outcomes), acronimo che si traduce con "esiti riferiti dai pazienti": questionari, scale e misurazioni che il paziente compila da solo, senza intermediazioni di medici e familiari, e che vogliono fotografare la sua situazione. L'obiettivo non è tanto capire se il farmaco o la terapia che si segue funziona, quan-

to concentrarsi sulla sua qualità di vita: come vive, cosa deve fare per seguire la cura che gli è stata prescritta, quali sintomi ha, di quali effetti indesiderati fa esperienza.

«Misure che esistono già da tempo in medicina, ma che ora è il momento di inserire in modo strutturato, insieme con altre valutazioni, all'interno dei processi che disegnano la salute: dalla ricerca alla clinica e all'assistenza sanitaria», ha affermato Oriana Ciani, ricercatrice nel Centro di Ricerche sull'Assistenza Sanitaria e Sociale Sda Bocconi, durante il talk "La parola ai pazienti" al *Festival di Salute*. «D'altronde, la salute si costruisce con i cittadini, sani e non. Oggi, soprattutto nella cura delle malattie neurologiche, catturare la prospettiva della persona significa fare diagnosi in tempi più celeri, prevenire e trattare la progressione di malattia in maniera più efficace. Non è, quindi, solo un bisogno sociale, ma una necessità scientifica», ha ribadito Paola Zaratini, direttrice scientifica dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (Aism) e della

sua Fondazione.

Il valore scientifico dell'ascolto dei pazienti appare ancora più chiaro nel caso delle malattie rare, dove la difficoltà della diagnosi e della cura è tale che l'esperienza del malato risulta fondamentale. «Per la nostra comunità è importante la misurazione non solo degli effetti clinici di una terapia, ma anche quella degli effetti che la cura ha sulla vita: spesso, infatti, abbiamo farmaci che hanno un uguale effetto clinico ma hanno effetti molto diversi sulla qualità di vita», ha spiegato Annalisa Scopinaro, presidente della Federazione Italiana Malattie Rare-Uniamo. «Per que-



sto ci battiamo per l'introduzione all'interno del percorso di approvazione delle terapie dei PROs».

Insomma, per i pazienti non ci sono dubbi: queste misurazioni dovrebbero essere considerate delle prove scientifiche, come quelle di efficacia. Utopia? Magari no, ma la strada è lunga. Lo dimostrano i dati di un progetto, Pro4All, che vede unite diverse associazioni di pazienti, società scientifiche e l'Università Bocconi. «Stiamo studiando cosa succede sul fronte dei PROs e abbiamo visto che in sei anni queste misure sono state considerate all'incirca nel 60% delle

nuove approvazioni gestite dall'Agenzia Europea del Farmaco. Vengono, però, considerati obiettivi secondari, se non accessori», ha sottolineato Ciani. Lo sforzo del progetto, quindi, è stato raggruppare gli strumenti disponibili nelle

differenti patologie e i pazienti sulla base della letteratura scientifica e di sensibilizzare politica e istituzioni, affinché questi strumenti vengano incentivati. «Il merito di Pro4All è aver portato il tema dei PROs all'attenzione della politica e della Sanità. Ora abbiamo bisogno di raccogliere mol-

ti dati, in modo da rendere più

facile per le agenzie regolatorie l'introduzione dell'esperienza dei pazienti nei processi decisionali», ha aggiunto Zaratini. Di nuovo, il caso delle malattie rare può essere un banco di prova: «La nostra presenza ai tavoli dell'agenzia regolatoria è un'abitudine e credo che i tempi siano maturi, perché la voce dei pazienti sia inserita nei processi di valutazione delle cure», ha concluso Scopinaro. Queste sono, peraltro, le richieste del Manifesto che il progetto ha prodotto. Le altre riguardano la sensibilizzazione del mondo della ricerca e della Sanità, la necessità di divulgare il tema dei PROs e promuoverne l'uso. Infine, finanziare le iniziative di ricerca clinica e cura che abbiano l'obiettivo di validare l'uso di strumenti digitali per facilitarne l'adozione nella ricerca, nelle sperimentazioni e nella gestione clinica.

Il caso delle malattie rare può essere un buon banco di prova, dalla ricerca alla clinica

Con i malati

Oriana Ciani del Centro di Ricerche sull'Assistenza Sanitaria e Sociale Sda Bocconi e Paola Zaratini, direttrice scientifica dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla

NUMERI

2021

Anno
Nasce il progetto Pro4All per comprendere l'impatto della voce del paziente nella ricerca clinica dei farmaci

62%

Valutazione
Presenza dei PRO in tutte le autorizzazioni rilasciate a livello europeo dal 2017 al 2022, esclusi generici e biosimilari

80%

Oncologia
Presenza dei PRO nelle autorizzazioni rilasciate a livello europeo per tutti i farmaci oncologici innovativi

72%

Innovazione
Presenza dei PRO nei processi di innovatività in Aifa, ente pubblico nazionale che regola i farmaci a uso umano



27 nov
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Previdenza: in scadenza l'adesione all'Ape sociale, domande entro il 30 novembre

di Claudio Testuzza

L'Ape sociale non consiste in un trattamento pensionistico anticipato. Rappresenta, invece, un'indennità di natura assistenziale a carico dello Stato, erogata dall'Inps a soggetti che trovandosi in particolari condizioni di vita o esercitando gravose e pesanti attività lavorative hanno la possibilità di cessare tali attività con qualche anno di anticipo rispetto alla data di pensionamento per vecchiaia attualmente fissata, fino al 2026, in 67 anni d'età. Tale indennità è, infatti, corrisposta generalmente fino al raggiungimento dell'età anagrafica richiesta per tale pensione.



I soggetti interessati all'Ape sociale possono presentare domanda di riconoscimento delle condizioni di accesso entro i termini di scadenza del 31 marzo, 15 luglio e, comunque, in particolare è importante sottolineare, non oltre il 30 novembre 2024. Le domande presentate oltre i termini di scadenza saranno prese in considerazione solo in caso di fondi residuali. Sabato 30 novembre è quindi l'ultimo giorno utile per chi vuole provare ad andarsene in pensione con l'anticipo pensionistico Ape sociale e pensa di averne il diritto. Entro questa data va inviata all'Inps l'istanza di verifica requisiti, il secondo di tutti gli step necessari per uscire dal lavoro con questa modalità. Il primo passo invece è quello di aver cessato l'attività lavorativa.

Prima di richiedere l'indennità, si deve inviare una domanda di certificazione dei requisiti all'Inps. Questa richiesta può essere fatta online sul sito dell'INPS utilizzando SPID, CIE o CNS, oppure tramite patronati.

L'APE sociale è, quindi, un'indennità statale erogata dall'INPS ai lavoratori in stato di difficoltà che chiedono di anticipare la pensione al compimento dei 63 anni più cinque mesi. Si tratta di una misura sperimentale in vigore dal 1° maggio 2017, la cui scadenza, dopo successivi interventi normativi (l'ultimo dei quali è l'articolo 1, commi 136 e 137, legge 30 dicembre 2023, n. 213), è stata prorogata fino al 31 dicembre 2024. L'Ape sociale viene corrisposta ogni mese per 12 mensilità nell'anno, fino all'età prevista per il conseguimento della pensione di vecchiaia ed è riservata ai dipendenti pubblici e privati, ai lavoratori autonomi e a quelli iscritti alla gestione separata (escluse le Casse professionali) che versano in uno dei seguenti stati di difficoltà: disoccupazione; con disabilità oltre il 74%; soggetti conviventi con familiare disabile; lavoratori con almeno 36 anni di anzianità contributiva di cui almeno sette degli ultimi dieci anni impegnati in professioni gravose.

Per le cosiddette professioni gravose sono intese le seguenti: professori di scuola primaria, pre-primaria e professioni assimilate; tecnici della salute; addetti alla gestione dei magazzini e professioni assimilate; professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali; operatori della cura estetica; professioni qualificate nei servizi personali e assimilati; artigiani, operai specializzati e agricoltori; conduttori di impianti e macchinari per l'estrazione e il primo trattamento dei minerali; operatori di impianti per la trasformazione e lavorazione a caldo dei metalli; conduttori di forni ed altri impianti per la lavorazione del vetro, della ceramica e di materiali assimilati; conduttori di impianti per la trasformazione del legno e la fabbricazione della carta; operatori di macchinari e di impianti per la raffinazione del gas e dei prodotti petroliferi, per la chimica di base e la chimica fine e per la fabbricazione di prodotti derivati dalla chimica; conduttori di impianti per la produzione di energia termica e di vapore, per il recupero dei rifiuti e per il trattamento e la distribuzione delle acque; conduttori di mulini e impastatrici; conduttori di forni e di analoghi impianti per il trattamento termico dei minerali; operai semi qualificati di macchinari fissi per la lavorazione in serie e operai addetti al montaggio; operatori di macchinari fissi in agricoltura e nella industria alimentare; conduttori di veicoli, di macchinari mobili e di sollevamento; personale non qualificato addetto allo spostamento e alla consegna merci; personale non qualificato nei servizi di pulizia di uffici, alberghi, navi, ristoranti, aree pubbliche e veicoli; portantini e professioni assimilate; professioni non qualificate nell'agricoltura, nella manutenzione del verde, nell'allevamento, nella silvicoltura e nella pesca; professioni non qualificate nella manifattura, nell'estrazione di minerali e nelle costruzioni.

Per ricevere l'APE sociale è necessario essere in possesso di alcuni requisiti. Al momento della domanda i soggetti interessati dovranno:

- avere almeno 63 anni d'età;
- avere almeno 30 anni di anzianità contributiva;
- avere almeno 36 anni di anzianità contributiva per i lavoratori che svolgono attività gravose;
- non essere titolari di alcuna pensione diretta;
- aver cessato l'attività lavorativa.

Per le donne con figli, disoccupate o occupate in una delle professioni elencate sopra, i requisiti contributivi richiesti sono ridotte di 12 mesi per ogni figlio, nel limite massimo di due anni.

È incompatibile con l'indennità di disoccupazione involontaria NASPI, DIS COLL, ISCRO e con l'indennizzo per la cessazione dell'attività commerciale.

È invece compatibile con lo svolgimento dell'attività lavorativa dipendente o parasubordinata solo nel caso in cui i relativi redditi non superino gli 8mila euro lordi annui e con lo svolgimento di attività di lavoro autonomo nel limite di reddito di 4.800 euro lordi annui.

L'indennità decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda di accesso al beneficio, a condizione che siano soddisfatti tutti i requisiti di legge e che l'attività lavorativa sia cessata. Viene poi erogata ogni mese per 12 mensilità all'anno, fino al raggiungimento dell'età per la pensione di vecchiaia o fino al conseguimento di una pensione anticipata.

Nel caso di soggetto con contribuzione versata o accreditata a qualsiasi titolo presso più gestioni, interessate dall'Ape Sociale, la rata mensile di pensione viene calcolata pro quota per ciascuna gestione, in base ai rispettivi periodi di iscrizione e alle retribuzioni di riferimento.

Le disposizioni in materia di APE sociale continuano ad applicarsi ai soggetti che si trovano nelle condizioni elencate nella l. n. 232/2016, lett. da a) a d), art. 1, c. 179, fino al 31 dicembre 2024, in presenza del requisito anagrafico di 63 anni e 5 mesi (nuovo requisito entrato in vigore da quest'anno). Restano quindi fermi i 30 anni di contribuzione per i caregiver, gli invalidi civili e i disoccupati di lunga durata ed i 36 anni contributivi per le attività gravose. Le domande di verifica delle condizioni di accesso al beneficio potevano essere presentate dal 1° gennaio 2024.

Le nuove disposizioni si applicano anche a coloro che hanno perfezionato i requisiti per l'accesso al beneficio negli anni precedenti, ma che non hanno

presentato la relativa domanda di verifica, nonché ai soggetti decaduti dal beneficio, ad esempio per superamento dei limiti reddituali annuali, e che ripresentano domanda nel corso del 2024. In base alle nuove disposizioni, il titolare dell'Ape sociale, il cui accesso al beneficio è certificato nel 2024, decade dall'indennità nel caso in cui: svolga attività di lavoro dipendente o autonomo; svolga lavoro autonomo occasionale (art. 2222 c.c.) da cui derivino redditi superiori al limite di 5 mila euro lordi annui.

Ai fini della decadenza, rilevano esclusivamente le attività di lavoro dipendente e autonomo svolte dalla decorrenza del beneficio fino alla data di compimento dell'età per la pensione di vecchiaia (67 anni, età anagrafica valida fino al 31 dicembre 2026). Agli stessi fini, per il raggiungimento del limite dei 5 mila euro di lavoro autonomo occasionale, invece, rileva il reddito annuo percepito nel periodo di godimento dell'Ape sociale, compreso quello relativo ai mesi dell'anno precedenti alla decorrenza della prestazione e quelli successivi al compimento dell'età richiesta per la pensione di vecchiaia. Pertanto, i beneficiari dell'Ape sociale sono tenuti a comunicare all'INPS la ripresa di attività di lavoro dipendente o autonomo, oltre all'avvenuto superamento del limite reddituale di 5 mila euro lordi annui previsto per il lavoro autonomo occasionale, entro 5 giorni.

Per coloro, invece, che hanno ottenuto la certificazione per l'accesso in anni precedenti, continua ad essere in vigore il regime di incumulabilità che prevede che l'indennità sia compatibile con la percezione dei redditi da lavoro dipendente o parasubordinato nel limite di 8.000 euro annui e dei redditi derivanti da attività di lavoro autonomo nel limite di 4.800 euro annui.

Infine ricordiamo che il meccanismo Ape sociale è stato di volta in volta prorogato. Il prossimo anno non dovrebbe fare eccezione, perché la nuova Legge di bilancio ha già stabilito la proroga di Ape sociale anche per il 2025, con le stesse regole.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

27 nov
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Fnomceo chiede la proroga dello scudo penale per i professionisti sanitari

Una proroga urgente dello “scudo penale” per i medici e gli altri professionisti sanitari.

A chiederla, in vista della scadenza del 31 dicembre - e nelle more di una revisione organica della disciplina sulle responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie - il

Consiglio nazionale della Fnomceo, la

Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, composto dai 106 presidenti degli Ordini e riunito oggi per via telematica.

Il Consiglio nazionale della Fnomceo, in una mozione, esprime infatti preoccupazione per la prossima scadenza della norma che estendeva lo “scudo penale” - vale a dire la limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave - già previsto nel 2021 per il Covid, anche ai fatti commessi in situazioni di grave carenza di personale. E ciò tenendo conto delle condizioni di lavoro dell’esercente la professione sanitaria, dell’entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato. Condizioni queste che, rileva sempre il Consiglio nazionale, si sono nel frattempo ulteriormente aggravate. Determinando “una crescente difficoltà nella pratica professionale, in termini di carichi lavorativi difficilmente sostenibili e di pesante cumulo di responsabilità, di cui i medici devono farsi carico per



garantire ai cittadini un Servizio Sanitario Nazionale al quale vengono rivolte crescenti aspettative e che, grazie all'impegno della categoria, continua a produrre in carenza di risorse, rilevanti risultati di salute".

A questo si aggiunge il contenzioso penale che, "spesso irragionevole e ai limiti della temerarietà", oltre a determinare un sovraccarico all'apparato giudiziario, demotiva i sanitari, sottoposti a lunghi percorsi di giudizio, che nel 97% dei casi finiscono con un'assoluzione ma che in ogni caso comportano spese e irrimediabili danni reputazionali. "Un ritorno al testo originale della legge 8 marzo 2017 n. 24 – sottolineano ancora i Presidenti del Consiglio nazionale - aggraverebbe una situazione già difficilmente sostenibile, ingenerando una fuga dei sanitari dalle attività più esposte ai contenziosi e, al tempo stesso, più rilevanti per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale". Né ci possono essere i tempi tecnici perché il riassetto definitivo della materia, cui sta lavorando la Commissione D'Ippolito che ha espresso le prime indicazioni, possa trovare compimento entro fine anno.

Da qui la richiesta "con forza e in modo unanime" di una proroga del termine del 31 dicembre per lo "scudo penale". E questo "nel primario interesse della sostenibilità del SSN, che si fonda sull'impegno dei medici, ai quali lo Stato ha il dovere di garantire sicurezza e certezze, creando le condizioni per evitare scenari di medicina difensiva, dannosi per la salute dei cittadini, prima ancora che gravosi sotto il profilo dell'impegno delle risorse".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

È VITA

Più cure palliative per la società fragile

Viana a pagina 16


Società più fragile, più cure palliative

PAOLO VIANA

Gianpaolo Fortini dirige la struttura complessa di Cure palliative integrate nell'Asst 7 Laghi (Varese) ed è il nuovo presidente della Società italiana di Cure palliative, eletto al Congresso di Riccione, concluso il 23 novembre con un Consiglio Direttivo interamente rinnovato. Ecco come descrive la situazione delle cure palliative prestate alle persone affette da malattie gravi e inguaribili nelle strutture e nei servizi pubblici e privati accreditati e convenzionati dal Servizio sanitario nazionale.

Le cure palliative sono una disciplina relativamente giovane, ma le novità sono frequenti. Il palliativista oggi dispone di strumenti efficaci per rendere l'uomo insensibile al dolore?

Sì, nella maggioranza delle situazioni, mantenendo una buona qualità di vita. Abbiamo a disposizione molti farmaci e interventi non farmacologici per il controllo del dolore e i medici palliativisti sono esperti nel loro utilizzo. A volte, quando il dolore assume la dimensione di sofferenza e il sintomo diventa refrattario, è necessario ridurre lo stato di coscienza del malato, sino ad abolirlo del tutto. Si ricorre a una sedazione palliativa che agisce su questo piano.

Quale dolore riuscite a spegnere e quale invece non potete cancellare?

Il dolore ha una componente nocicettiva, legata ai meccanismi di trasmissione o decodifica dell'impulso dolorifico e della sua percezione finale, che determina risposte non solo fisiche ma anche emotive, psicologiche; di per sé, tali risposte amplificano la percezione del dolore. Ciò significa che non c'è mai un dolore uguale all'altro e ogni persona lo vive in modo diverso. La Iasp (International Association on the Study of Pain, ndr) definisce il dolore come un'esperienza non solo sensoriale ma con un'ampia dimensione soggettiva. Ci sono dolori che sono complessi e problematici da controllare - li definiamo "difficili", come il dolore cronicizzato e

neuropatico, ad esempio. A questi si somma il dolore definito globale che comprende la sfera psico-emotiva dell'individuo.

Il fine vita è permeato da uno stigma ancestrale: come lo si supera in una società che vive sempre meno dolore e morte reali, fisici e umani, perché trasferisce ogni esperienza nel mondo virtuale?

L'esperienza che abbiamo noi palliativisti, che agiamo con una medicina di prossimità con la morte, ci consente di cogliere come per alcuni contesti socio-culturali essa sia un evento naturale e per altri no. Oggi la morte è considerata ancora una sconfitta della medicina. Parlo di un vissuto dei malati e delle loro famiglie ma anche dei professionisti sanitari. Si privilegia un approccio che consiste nel fare tutto il possibile restando entro i confini del giusto e dell'umano, passando da un paternalismo medico a una visione partecipata nelle scelte che lo riguardano, legata molto di più all'autodeterminazione basata su un'informazione completa.

Gli hospice italiani sono una risposta sufficiente alla domanda di assistenza?

I dati ci dicono che lo sviluppo dell'offerta di cura è a macchia di leopardo. Se il trend socio-demografico proseguirà come sembra avviato, serviranno cioè più posti letto. Una società più anziana e famiglie più fragili complicano una programmazione sanitaria che vuole il domicilio come luogo di cura. Lo stesso vale per gli Hospice pediatrici visto che al momento in Italia non sono ancora presenti in ogni regione.

Com'è messa l'assistenza domiciliare sui territori?



Anche su questo versante abbiamo un modello organizzativo in evoluzione. Il bisogno di cura e assistenza a livello locale è garantito da cure domiciliari, assistenza integrata, Rsa, ospedali di comunità, centri per la disabilità che operano in modo non coordinato tra loro. Per passare da questi contenitori alla rete di cure palliative ancora si transita per il Pronto soccorso. Dobbiamo stimolare i programmatori per risolvere il problema. Sicuramente, le cure palliative in Italia sono troppo spostate all'ultimo periodo di malattia, schiacciate sul fine vita: la letteratura internazionale raccomanda la presa in carico delle persone e delle loro famiglie precocemente oltre un anno prima della morte, mentre il dato rilevato indica una presa in carico che va da poche ore a qualche settimana.

Esiste un problema di autonomia differenziata anche in questo settore?

Domanda retorica, tema che va dall'organizzazione alla Finanza. La legge di bilancio 2022 impegna le Regioni a soddisfare il 90% di cure palliative entro il 2028, ma è un traguardo molto lontano. Sono previsti piani di potenziamento annuali regionali ma la programmazione sanitaria è differenziata. Il Covid ha dimostrato che le cure palliative sono un modello organizzativo che funziona perché radicato sul territorio e integrato negli ospedali. Il punto di equilibrio è la vocazione della rete di convogliare tutte le risorse che ruotano intorno a queste popolazioni di malati in un percorso circolare tra territorio e ospedali. Le cure palliative rappresentano un Lea (Livello essenziale di assistenza, ndr) che tutela il malato sia sul territorio che in ospedale, ma questo processo non

è ancora compiuto.

Non c'è la fila per fare il palliativista. Avete discusso delle strategie per la formazione?

Moltissimo. Il tema è scottante soprattutto in ambito palliativo. Dal 2021 sono state attivate 16 scuole di specialità di medicina e cure palliative che vedono un totale di 109 immatricolazioni sul triennio. Poche. Abbiamo cercato le motivazioni. Prima ancora delle scuole di specialità non si sono sviluppati gli insegnamenti di cure palliative nei corsi di laurea, venendo meno l'azione promotrice e di sensibilizzazione nei confronti dei futuri giovani medici che terminano il loro corso di laurea sapendo poco di cure palliative. A rendere ancora meno attrattive le Scuole di specialità contribuisce l'assenza di equipollenza in uscita. Oggi può diventare palliativista un medico formatosi nelle dieci specialità previste dal Decreto ministeriale del 2013 (anestesia, pediatria, oncologia...) mentre chi si diplomerà in questa scuola potrà fare "solo" il palliativista.

Lo specialista è sufficientemente supportato sul piano psicologico nel suo lavoro?

Questo è un dato che non abbiamo, anche se sarebbe auspicabile, perché questa disciplina non può essere esercitata in solitudine, il suo punto di forza è l'équipe multidisciplinare-professionale. Gli psicologi sono nell'équipe che cura e assiste il malato. Diverso è il supporto al professionista. Se questo manca peggiora la qualità del servizio. Esiste una dignità del malato e della famiglia, ma anche dei professionisti: rientra in questa dignità il tempo dedicato a compensare energie che ogni giorno si consumano.

La Corte costituzionale parla di percorso del-

le cure palliative come prerequisito per il suicidio assistito. Cosa ne pensa?

Ne abbiamo fatto uno dei punti programmatici della lista con cui sono stato eletto e abbiamo ricevuto un ampio consenso, a dimostrare la centralità del tema. Non accogliamo l'argomentazione "più cure palliative uguale meno suicidio medicalmente assistito". Se la legge riconosce il diritto ad autodeterminarsi in tema di anticipazione della morte non è l'ambito delle cure palliative quello dove esercitarlo, poiché in questo momento storico il rischio è di mettere sullo stesso piano due condizioni di bisogno e due risposte cliniche diverse. Da un punto di vista concettuale è ammissibile pensare che se lascio un malato solo e sofferente la disperazione può portarlo a una scelta senza alternative. Per lavorare sulla dignità del malato, indipendentemente dall'esito clinico della patologia, si deve garantire a tutti di essere alleviati dal dolore e dalla sofferenza anche attraverso una relazione di cura prolungata nel tempo. Questo contribuisce a rendere libero l'individuo di esercitare la propria autodeterminazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Non c'è mai un dolore uguale all'altro, ma a chi soffre possiamo garantire una buona qualità di vita. Oggi servono più posti letto in hospice e una rete su tutto il territorio». Parla Gianpaolo Fortini, eletto alla guida della Sicp

Il nuovo presidente nazionale della società scientifica che riunisce gli specialisti italiani: «Un malato solo e sofferente può pensare a scelte senza alternative»



Sopra, Gianpaolo Fortini, nuovo presidente della Società italiana di Cure palliative (Sicp), eletto dal congresso di Riccione



27 nov
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Fine vita/ Migliore: “Responsabilità condivisa per garantire dignità e rispetto delle volontà”

“Garantire dignità e rispetto delle volontà nel fine vita non è solo un tema etico e personale, ma richiede un’assunzione di responsabilità da parte del management delle aziende sanitarie.

È necessario mettere in atto politiche e strategie che rendano questo obiettivo concreto, attraverso una pianificazione attenta, investimenti mirati e la formazione

del personale sanitario. La Fiaso, in questo senso, si impegna a promuovere la conoscenza e l’applicazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), attraverso iniziative formative come webinar dedicati, per aiutare i professionisti sanitari a comprendere l’importanza del consenso informato e delle scelte autonome dei pazienti”. Così Giovanni Migliore, presidente Fiaso, intervenendo al convegno ‘Vivere sempre la propria vita. Un dialogo tra scienza, etica e cura’, in corso all’Istituto nazionale dei Tumori di Milano.

“Il nostro compito - spiega Migliore - è costruire un sistema integrato e coordinato, che metta al centro la persona e le sue necessità, valorizzando il ruolo di medici, infermieri, psicologi e operatori sociali. È solo attraverso una responsabilità condivisa e un approccio collaborativo che possiamo garantire un fine vita dignitoso, rispettoso e vicino alle famiglie. Per questo - aggiunge - l’impegno principale è lavorare per realizzare un ambiente di assistenza che permetta alle persone di vivere il fine vita il più possibile vicino al proprio domicilio, un luogo dove spesso si trovano conforto e



serenità. Questo significa rafforzare i servizi territoriali, garantire l'accesso alle cure palliative e fornire un supporto adeguato alle famiglie, affinché non siano lasciate sole in momenti così delicati”.

Il promotore dell'iniziativa, Carlo Nicora, direttore generale Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori di Milano, sottolinea: “Nella malattia, ogni paziente desidera prima di tutto guarire. Qui in Istituto, questo desiderio si intreccia con il binomio di ‘Cura e Speranza’. Ma prendersi cura di chi soffre non è solo una questione di risorse o organizzazione: è un incontro umano che richiede competenza, ma soprattutto empatia. Quando non è più possibile guarire, è fondamentale continuare a curare e accompagnare, come fanno le cure palliative. La vita, la sofferenza e la morte non sono fardelli che un individuo può portare da solo. È un compito che ci riguarda tutti, come comunità. Mi auguro che incontri come quello di oggi ci facciano avvicinare a questo obiettivo”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MORTE ASSISTITA: LA LEGGE DOMANI ALLA CAMERA DEI COMUNI

I dubbi di Labour e Tory Londra divisa sul fine vita

ANGELA NAPOLETANO

Londra è pronta ad aprire all'eutanasia? Lo si capirà domani quando, per la prima volta da 10 anni, la Camera dei Comuni voterà in prima lettura una proposta di legge sul suicidio assistito. L'esito è incerto: la conta dei (probabili) "sì" e "no" prospetta, alla vigilia, margini di scarto sottilissimi. Chiaro è invece lo scenario emerso in settimane di dibattito: sul fine vita il Paese è spaccato. Il testo che verrà messo al voto è di iniziativa parlamentare. Lo ha presentato a ottobre la laburista Kim Leadbeater, la sorella minore di Jo Cox, la deputata uccisa da un estremista di destra poco prima del referendum sulla Brexit. L'obiettivo è depenalizzare il suicidio assistito, che il Codice penale contempla tra i reati punibili con la reclusione fino a 14 anni, per riconoscere ai malati terminali adulti, residenti in Galles o Inghilterra da più di un anno e ancora capaci di intendere e volere il diritto di ottenere dai medici l'aiuto necessario a morire. L'articolo è simile alle proposte di legge che si sono susseguite ne-

gli anni. La più recente è quella presentata nel 2021, ai Lord, dalla baronessa Molly Meacher che vide il suo testo, approvato in prima e seconda lettura, finire nel cestino per legislatura in scadenza. Leadbeater, oggi, si vanta di aver rafforzato le misure a tutela di chi chiede la morte: l'interessato deve mettere per iscritto due volte il desiderio di morire; la sua idoneità deve poi essere certificata da due medici indipendenti, a distanza di sette giorni, e da un giudice dell'Alta Corte. Dettaglio, quest'ultimo, che ha fatto storcere il naso ai magistrati che, dopo aver sollecitato il Parlamento a legiferare in materia, sono

preoccupati per l'impatto che la legge avrebbe sul sistema giudiziario.

Sia Labour che Tory non hanno dato indicazioni di voto dando ai deputati libertà di coscienza. Il tradizionale approccio al fine vita dei due partiti (favorevole a sinistra, contrario a destra) è saltato da tempo. Il tacito appoggio del premier Keir Starmer, per esempio, è stato depotenziato dall'articolo in cui, la scorsa settimana, l'ex primo ministro laburista Gordon Brown, parlando della morte della sua figlia neonata, ha sottolineato il valore delle "buone cure" segnalando che l'iniziativa legislativa si sta sviluppando troppo velocemente. Il suo appello a lavorare,

piuttosto, a un piano decennale sulle cure palliative ha fatto il paio con le riserve del sindaco di Londra, Sadiq Khan, che ha puntato il dito contro il rischio di coercizione a cui sarebbero esposti i malati terminali. Le aperture all'autodeterminazione dei conservatori si infrangono sul "no" di tre ex premier: Theresa May, Boris Johnson e Liz Truss. La resistenza alla legge che molti acclamano come una conquista di civiltà è nutrita dal timore che, a lungo termine, le maglie del suicidio assistito, che l'associazione Dignity in Dying ha pubblicizzato persino nella metropolitana, possano allargarsi anche a persone vulnerabili, come i depressi, che pesano sul sistema sanitario. La parola è rimessa all'Aula.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ex premier Gordon Brown ricorda la sua neonata morta e chiede di pensare piuttosto a un piano efficace di assistenza
Timori per i cittadini vulnerabili**



Sanità, mezzo milione di italiani non riesce a permettersi le cure

THOMAS USAN

Sono quasi mezzo milione (436 mila) le persone in povertà sanitaria nel 2024, l'8,43% in più rispetto allo scorso anno. Questi dati emergono dal report annuale di Banco Farmaceutico, ente che, attraverso le sue 2.011 realtà assistenziali, consente di ricevere gratuitamente farmaci e cure.

Tornando ai numeri, per il settimo anno consecutivo, la spesa in medicinali sostenuta dalle famiglie in Italia è aumentata. Al contrario la quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale è diminuita.

Nel 2023 (ultimi dati Aifa disponibili) la spesa complessiva delle famiglie è pari a 23,64 miliardi di euro, 1,11 miliardi in più (+3%) rispetto al 2022 (quando la spesa era di 22,535 miliardi). Tuttavia, solo 12,99 miliardi di euro (il 55%) sono a carico del Sistema sanitario nazionale (erano 12,61 nel 2022, pari al 56%). Restano 10,650 miliardi (45%) pagati interamente dalle famiglie (erano 9,91 nel 2022, pari al 44%).

Ciò significa che, rispetto all'anno precedente, le famiglie hanno pagato di tasca propria 731 milioni di euro in più (+7,4%). In sette anni (2017-2023), la spesa farmaceutica a carico delle famiglie è cresciuta di 2,576 miliardi (+31,9%). La quota a pro-

prio carico riguarda tutti i nuclei, anche quelli poveri, che devono pagare interamente il costo dei prodotti da banco a cui si aggiunge (salvo esenzioni) il costo dei ticket. Per dare un profilo a coloro che vivono in condizioni di povertà sanitaria, sono prevalentemente uomini (pari al 54% del campione, contro il 46% delle donne) e persone in età adulta (18-64 anni, 58%).

Resta significativa la quota di minori: 102 mila (pari al 22%); più degli anziani che si fermano al 19% (88 mila unità). Sostanzialmente identica è la quota dei cittadini italiani (49%, pari a 225.594 unità) e di quelli stranieri (51%, pari a 237.583 unità). Considerando le condizioni di salute, i malati acuti (65%) superano in misura consistente quelli cronici (35%).

Ma le difficoltà riguardano anche le famiglie non povere. I dati più recenti di Istat rivelano che, complessivamente, 4 milioni 422 mila famiglie (16,8% del totale, pari a circa 9 milioni 835 mila persone) hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di carattere preventivo. Tra queste, 678 mila famiglie sono in condizioni di povertà assoluta (31% del totale, composte da circa 1 milione 765 mila persone), mentre 3 milioni 744 mila sono famiglie in buone condizio-

ni economiche.

Il contenimento della spesa sanitaria si persegue limitando il numero di visite e accertamenti, oppure rinviando e rinunciando a una parte delle cure necessarie.

Chi non si può permettere di usare denaro nella sanità sono più di 3 milioni di famiglie. Ha rinunciato almeno una volta il 24,5% dei nuclei poveri, contro il 12,8% di quelle benestanti. Significa che 536 mila famiglie indigenti sono particolarmente esposte al rischio di compromettere o peggiorare la propria salute. «Contrastare la povertà sanitaria significa praticare gesti di gratuità in grado di aiutare - ha commentato Sergio Danioti, presidente della Fondazione Banco Farmaceutico Ets - concretamente, le persone che hanno bisogno; ma anche approfondire il fenomeno attraverso un lavoro culturale che contribuisca a far prendere sempre più coscienza dell'entità del fenomeno».

RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE

Secondo il report annuale di Banco Farmaceutico sono aumentate dell'8,43% le persone con difficoltà economiche riguardo alla propria salute. Sono oltre 100 mila i minori che vivono questa condizione

463 mila
Le persone che nel 2024 sono state costrette a chiedere aiuto per ricevere farmaci e cure

22%

Le spese degli italiani per farmaci e cure

La quota dei minori tra i "poveri sanitari" (sono più degli anziani che rappresentano il 19%)

23 miliardi
La spesa complessiva

in medicinali delle famiglie italiane nel 2023 in base agli ultimi dati dell'Aifa



LA POVERTÀ SANITARIA

Così mezzo milione di italiani non riesce a comprare i farmaci

EUGENIA TOGNOTTI – PAGINA 29

SE MEZZO MILIONE DI ITALIANI NON RIESCE A COMPRARE I FARMACI

EUGENIA TOGNOTTI

Nell'immaginaria Italia dei tra-
guardi e dei record che si affaccia
nei sonanti discorsi della pre-
mier, trionfalistici e, all'occor-
renza, astorici («mai così tanti occupati
dai tempi di Garibaldi»), la dolorosa realtà
è che le barriere economiche costringono
centinaia di migliaia di cittadini utenti a
contenere la spesa sanitaria, limitando il
numero di visite e controlli, oppure rimandando
a tempi migliori e facendo a meno di una parte
delle cure necessarie.

La chiamano povertà sanitaria. A disegnarne
i contorni oggi in Italia è il crudo
linguaggio dei numeri: circa mezzo milione
di cittadini utenti (463.176, in numero
maggiore rispetto al 2023) si sono trovati
quest'anno in una condizione di penuria
tale da non disporre dei mezzi necessari ad
accedere a cure e farmaci di fascia C, cioè a
pagamento. Di qui la necessità di ricorrere
alle 2011 realtà assistenziali convenzionate
col benemerito Banco farmaceutico che
ha appena fornito una lunga serie di nume-

ri (e analisi) in occasione della pre-
sentazione alla Camera dei Deputati
del volume «Tra le crepe dell'universalismo.
Disuguaglianze di salute, povertà sanitaria e Terzo settore in
Italia», curato dall'Osservatorio sulla
povertà sanitaria, organo scientifico del Banco.
Sette residenti su mille, tanto per dare qualche numero, sono stati
spinti dalle difficoltà a rivolgersi a uno degli
enti caritatevoli per ricevere gratuitamente
cure e farmaci che non potevano permettersi,
anche se comportava un esborso di qualche
decina di euro (dallo sciroppo per la tosse all'antipiretico
e all'antidolorifico). A essere colpiti dalla
povertà sanitaria sono prevalentemente
uomini (pari a poco più della metà del campione),
persone nella fascia di età 18-64 anni e malati
acuti che superano di gran lunga quelli cronici
(65% contro il 35). Consistente (e preoccupante)
la quota dei minori, pari a 102 mila unità. Negli
ultimi sette anni, cioè dal 2017 al 2023, la spesa

farmaceutica a carico delle famiglie è aumentata di più di un terzo, ed è pari 2,576 miliardi di euro. La quota a proprio carico riguarda tutte le famiglie, comprese quelle indigenti – già in difficoltà nel soddisfare bisogni di base come cibo e alloggio – e costrette a pagare interamente il costo dei farmaci da banco a cui si aggiunge (per coloro che non godono di esenzioni) il costo dei ticket.

Le difficoltà – testimoniate da dati raccolti dall'Osservatorio sulla povertà sanitaria – riguardano anche le famiglie non povere e offrono uno scenario che corrisponde a quello disegnato dai dati più recenti forniti dall'Istat: 4 milioni 422 mila famiglie hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e controlli periodici volti alla prevenzione. Il contenimento si persegue limitando il numero di visite e accertamenti, oppure rinviando una parte delle cure necessarie. La strada della rinuncia è seguita, complessivamente, da ben 3 milioni 369 mila famiglie. Circa un quarto delle famiglie povere si è astenuto dal ricorrere alle cure almeno una volta: qualcosa come 536 mila famiglie – per far parlare i numeri – corrono il rischio di compromettere o deteriorare il proprio stato di salute, portando a costi più elevati per il sistema sanitario. Diciamolo pure.

Tra tutti gli indicatori di deprivazione materiale quello che riguarda la povertà sanitaria è il più grave e capace di provocare allarme e indignazione per ciò che denuncia e implica: un'esacerbazione delle disuguaglianze socioeconomiche e sanitarie e una cascata di malanni e sofferenze prevenibili nelle famiglie più vulnerabili. La copertura sanitaria universale mira a garantire che tutti possano utilizzare i servizi sanitari necessari senza trovare un insormontabile ostacolo nella povertà. Le troppe «crepe dell'universalismo» rappresentano una minaccia, oggi più incombente che mai. —



RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



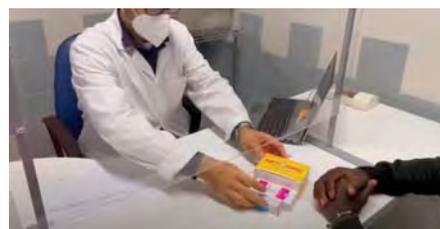
27 nov
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Banco Farmaceutico: sono 463.176 le persone in condizioni di assoluta povertà sanitaria (+8,4%)

Sono 463.176 le persone (7 residenti su 1.000) che, nell'anno in corso, si sono trovate in condizioni di povertà sanitaria e hanno dovuto chiedere aiuto a una delle 2.011 realtà assistenziali convenzionate con Banco Farmaceutico per ricevere gratuitamente farmaci e cure che, altrimenti, non avrebbero potuto permettersi. Rispetto alle 427.177 del 2023, sono in aumento dell'8,43%. Lo rileva Banco Farmaceutico in occasione della presentazione, alla Camera dei Deputati, del libro *Tra le crepe dell'universalismo - Disuguaglianze di salute, povertà sanitaria e Terzo settore in Italia* (ed. il Mulino), realizzato grazie al contributo incondizionato di ABOCA, IBSA Italy e DOC Generici.



“I dati e le analisi del nostro Osservatorio sulla Povertà Sanitaria - spiega Sergio Daniotti, presidente della Fondazione Banco Farmaceutico Ets - raccontano di un Paese in cui le persone fragili faticano a prendersi cura della propria salute, ma indicano anche nella collaborazione ampia e consapevole tra tanti soggetti (realtà non profit, farmacisti, medici, aziende, cittadini e istituzioni) il metodo per rispondere alla loro esigenza di benessere integrale, fatto di esigenze fisiche, ma anche spirituali, di cure mediche e farmacologiche, ma anche di accoglienza e comprensione”.

Le difficoltà riguardano anche le famiglie non povere, secondo il Banco Farmaceutico. I dati più recenti di Istat rilevano che, complessivamente, 4

milioni 422 mila famiglie (16,8% del totale, pari a circa 9 milioni 835 mila persone) hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di carattere preventivo”. Tra queste, 678 mila famiglie sono in condizioni di povertà assoluta (31% del totale, composte da circa 1 milione 765 mila persone), mentre 3 milioni 744 mila sono famiglie non povere.

Il contenimento della spesa sanitaria si persegue limitando il numero di visite e accertamenti, oppure rinviando e rinunciando a una parte delle cure necessarie. La strada della rinuncia è seguita, complessivamente, da ben 3 milioni 369 mila famiglie. Ha rinunciato almeno una volta il 24,5% delle famiglie povere, contro il 12,8% di quelle non povere. Significa che 536 mila famiglie indigenti sono particolarmente esposte al rischio di compromettere o peggiorare la propria salute.

“Contrastare la povertà sanitaria - aggiunge Daniotti - significa praticare gesti di gratuità in grado di aiutare, concretamente, le persone che hanno bisogno; ma anche approfondire il fenomeno attraverso un lavoro culturale che contribuisca a far prendere sempre più coscienza dell’entità del fenomeno, e dell’importanza di quel sistema di realtà del Terzo settore che, insieme alla sanità pubblica e privata, sta garantendo la sostenibilità di un Servizio sanitario nazionale il cui universalismo è sempre più a rischio”.

LA SPESA FARMACEUTICA DELLE FAMIGLIE

Per il settimo anno consecutivo, la spesa farmaceutica sostenuta dalle famiglie aumenta, ma la quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) diminuisce. Nel 2023 (ultimi dati AIFA disponibili) la spesa complessiva delle famiglie è pari a 23,64 miliardi di euro, 1,11 miliardi in più (+3%) rispetto al 2022 (quando la spesa era di 22,535 miliardi). Tuttavia, solo 12,99 miliardi di euro (il 55%) sono a carico del SSN (erano 12,61 nel 2022, pari al 56%). Restano 10,650 miliardi (45%) pagati interamente dalle famiglie (erano 9,91 nel 2022, pari al 44%). Vuol dire che, rispetto all’anno precedente, le famiglie hanno pagato di tasca propria 731 milioni di euro in più (+7,4%). In 7 anni (2017-2023), la spesa farmaceutica a carico delle famiglie è cresciuta di 2,576 miliardi di euro (+31,9%). La quota a proprio carico riguarda tutte le famiglie, anche quelle povere, che devono pagare interamente il costo dei farmaci da banco a cui si aggiunge (salvo esenzioni) il costo dei ticket.

IL PROFILO DEI POVERI SANITARI

Le persone in condizioni di povertà sanitaria sono prevalentemente uomini (pari al 54% del campione, contro il 46% delle donne) e persone in età adulta (18-64 anni, pari al 58%). Resta significativa la quota di minori, che sono 102.000 (pari al 22%), più degli anziani che corrispondono al 19% (88.000 unità). Sostanzialmente identica è la quota dei cittadini italiani (49%, pari a

225.594 unità) e di quelli stranieri (51%, pari a 237.583 unità). Considerando le condizioni di salute, i malati acuti (65%) superano in misura consistente i malati cronici (35%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La novità

Un vaccino senza puntura lo spray piace ai bambini aumento di dosi in tutta Italia

L'anti influenzale
che si spruzza è sempre
più diffuso: "Aiuta
anche i genitori"

di Michele Bocci

Ciao ciao ago. Il bambino, sei anni, si gira verso la pediatra mentre esce dall'ambulatorio: «Dottorressa, oggi sono felice. Grazie». Poco prima aveva varcato la soglia della stanza in lacrime, convinto di fare la puntura contro l'influenza. «E invece ho usato lo spray», racconta Teresa Rongai, che lavora a Roma e ribadisce ciò che appare ovvio: «I pazienti e i loro genitori preferiscono il vaccino contro l'influenza che si spruzza nelle narici». Il prodotto, Fluenz, è ormai sempre più diffuso, così quello che è accaduto giorni fa nello studio della rappresentante Fimp del Lazio, il sindacato dei pediatri di famiglia, si ripete sempre più spesso in tutta Italia.

La vaccinazione contro la malattia stagionale è raccomandata e gratuita per tutti i bambini da sei mesi a sei anni (oltre che per anziani e fragili). L'anti influenzale spray, approvato da Aifa per tutti i minorenni, per qualche anno è stato passato solo ai bambini con patologie ma dal 2022-2023 non ci sono più limiti: può essere offerto gratuitamente a tutti coloro che hanno da due a sei

anni. Solo da questa stagione, però, la gran parte delle Regioni ha acquistato un numero alto di dosi.

La prima a usare lo spray è stata la Lombardia, che ha pure esteso la gratuità a tutti i minori di 17 anni. Non a caso l'anno scorso aveva di gran lunga la copertura più alta: 29% tra i 2 e i 4 anni contro una media del 16,7%. Quest'anno ha già somministrato 155 mila dosi delle 210 mila acquistate. Il Lazio è intorno alle 60 mila, l'Emilia-Romagna è salita a 23 mila, oltre il 50% in più dell'anno precedente. La Toscana la stagione scorsa si era fermata a 200 dosi, quest'anno è a 32 mila e pensa di richiederne altre. «Con il nuovo vaccino vediamo aumentare le coperture», spiega Paolo Biasci, rappresentante Fimp con studio a Livorno.

I numeri degli acquisti delle Regioni potrebbero essere anche superiori, se non ci fosse una questione economica. Lo spray costa fino a cinque volte in più del vaccino che si inietta, cioè anche 18 euro contro 3,6-3,8. I bilanci sanitari sono sempre critici e certi aumenti di spesa, se c'è una valida alternativa, non sono ben visti negli assessorati. Si spera che col tempo una maggiore diffusione e magari un po' di concorrenza da parte di altre case farmaceutiche, facciano scendere i costi.

Ma c'è ben altro che riserva il futu-

ro per quanto riguarda i modi di somministrazione dei vaccini. Negli Usa ci sono già anti influenzali spray per adulti, fino a 50 anni. Nel settembre scorso ne è stato autorizzato persino uno, il FluMist, che i maggiorenni possono somministrarsi da soli, senza bisogno di un operatore sanitario.

Al di là di chi può fare il vaccino, ci si aspetta che presto le aziende chiedano l'autorizzazione a vendere anche in Europa gli spray. «Per ora il problema sono gli anziani – spiega Roberta Siliquini, la presidente della Società italiana di Igiene – Gli spray sono a virus vivo attenuato e di solito questo tipo di vaccini non si fa a chi per ragioni di età ha più probabilità di avere una immunodepressione. Detto questo, il concetto di spray va bene e nelle persone sane, alle quali non può provocare la malattia, dà immediatamente una risposta immunitaria».

Siliquini sottolinea come la ricerca sui vaccini vada avanti. «E lo fa in modo rapido, non solo per quanto riguarda il modo di somministrazione. L'obiettivo è anche e soprattutto quello di allargare il campo delle patologie da cui ci si può proteggere. Penso al virus respiratorio sinciziale, per il quale abbiamo cercato per trent'anni una risposta, che ora è arrivata, ma anche al cancro».





27 nov
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Virus respiratorio sinciziale, forte impatto sulla vita delle famiglie

di Raffaella Nenna *

Fino ad ora le conoscenze sull'impatto delle infezioni gravi da VRS nei bambini piccoli e su come questo influisca sulla qualità della vita delle famiglie colpite erano limitate. Per questo motivo, la European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) ha lanciato lo studio ResQ Family (ResQ Family: Impact of Respiratory Syncytial Virus-Vrs Hospitalization on Quality of Life of Families – A Multi-Country Study). Lo studio, condotto a livello europeo, ha rivelato che la qualità di vita dei genitori è stata significativamente compromessa dal ricovero in ospedale dei loro figli a causa del Vrs. Sebbene sia stato osservato un leggero miglioramento al sondaggio di follow-up 6 settimane dopo, la qualità della vita dei partecipanti è rimasta notevolmente influenzata da questo evento. Ciò è particolarmente preoccupante perché i genitori hanno continuato a soffrire di stress emotivo a distanza di settimane, il che può avere effetti a lungo termine sia sulla cura dei bambini, che sulla vita familiare. Secondo gli autori dello studio, la prevenzione del Vrs è, quindi, particolarmente importante. La necessità di una strategia di prevenzione universale delle malattie da Vrs per tutti i bambini sotto l'anno di vita infatti, è sostenuta, da tempo, anche dalle principali società scientifiche italiane, riunite nel Board del Calendario per la vita.



Mentre l'impatto della malattia nel bambino è già stato oggetto di numerosi studi scientifici, finora non è stato ancora esaminato, in modo esaustivo, il peso complessivo che grava sulla famiglia. Il nuovo studio ResQ Family affronta questo problema.

Sono 138 i caregivers provenienti da quattro paesi europei (Francia, Germania, Italia, Svezia) che hanno partecipato al sondaggio attraverso un questionario online. Sono stati intervistati genitori di bambini fino a 24 mesi di età, che erano stati recentemente ricoverati in ospedale per almeno 12 ore a causa di un'infezione da Vrs. Il sondaggio online è stato condotto durante la stagione Vrs 2022/2023.

L'età media dei bambini affetti da Vrs nella popolazione studiata è di tre mesi, di cui il 61% nati a termine. I bambini colpiti hanno dovuto trascorrere in media sei giorni in ospedale. Quasi tutti (94%) hanno richiesto il monitoraggio della frequenza cardiaca e della respirazione, l'80% ha avuto bisogno di supplementazione di ossigeno e alcuni hanno addirittura richiesto una ventilazione meccanica.

Quando un bambino viene ricoverato in ospedale a causa di una grave infezione da Vrs, è coinvolta l'intera famiglia. Durante questo periodo, sono soprattutto i genitori e gli altri caregivers ad affrontare sfide significative, dovendosi dividere tra il bambino in ospedale e il resto della famiglia, mantenendo contemporaneamente la loro routine quotidiana.

I genitori dovrebbero sempre seguire l'istinto se il loro bambino non si sente bene. Purtroppo, non c'è ancora una sufficiente consapevolezza del Vrs e delle misure di prevenzione disponibili che potrebbero mitigare possibili gravi conseguenze per il bambino e la famiglia.

Oltre il 90% dei genitori è risultato preoccupato per la salute dei propri figli. Inoltre, sono risultati comuni sentimenti di stress, senso di colpa e solitudine. Oltre ad affrontare i problemi nella loro vita personale, i genitori hanno sperimentato effetti negativi anche nella loro vita professionale. Il 40% dei genitori, che hanno lavorato durante il ricovero del figlio, ha subito un significativo calo di produttività, perdendo in media 29 ore di lavoro. La lunga distanza dall'ospedale, insieme ai costi associati e alle crescenti esigenze organizzative, hanno ulteriormente accentuato lo stress e le preoccupazioni per quasi due terzi dei caregivers che lavorano. I risultati indicano che la salute mentale dei genitori è stata significativamente colpita dalle preoccupazioni per il figlio malato. Anche il senso di colpa ha avuto un ruolo, poiché i genitori si sentivano incapaci di prendersi cura adeguatamente degli altri figli lasciati a casa. Molti si sono sentiti sopraffatti dall'impossibilità di adempiere ai propri obblighi professionali, mentre il loro bambino era in ospedale.

I partecipanti italiani hanno valutato il supporto ricevuto molto peggio rispetto ai caregivers di altri paesi: quasi un italiano su due, il 46%, ha riferito di non aver ricevuto informazioni adeguate sulle misure protettive

per prevenire future infezioni. Inoltre, più di tre quarti, il 79%, ha affermato di non essere stato sufficientemente informato sui servizi di supporto psicologico. La conoscenza della malattia da VRS è risultata significativamente più bassa tra la popolazione italiana dello studio. Infatti, il 50% non era informato sulle misure di prevenzione disponibili.

Lo studio ResQ Family sottolinea il forte impatto della salute di un bambino sulla qualità della vita di chi si prende cura di lui e sulla gestione generale della famiglia. Evidenzia potenziali fattori di stress che dovranno essere affrontati in futuro per ridurre al minimo gli effetti negativi sui bambini colpiti e sulle loro famiglie. Gli autori dello studio mettono in luce la necessità di aumentare la conoscenza sul virus e di intensificare le campagne sulle misure preventive, che sono già in fase di attuazione in molti paesi europei. In Italia, il ministero della Salute è attualmente impegnato per rafforzare le strategie di prevenzione e immunizzazione da Vrs a tutela dei bambini su tutto il territorio nazionale.

EFCNI accoglie con favore questa importante raccomandazione volta a salvaguardare i più piccoli ed è grata che tutti i bambini abbiano un accesso equo il più presto possibile a questa misura preventiva. Inoltre, dovrebbe essere fornito un maggiore sostegno ai genitori e ai caregivers, ad esempio attraverso l'assistenza psicosociale, una maggiore alfabetizzazione sanitaria e la promozione della fiducia e del rispetto dei rapporti familiari durante la fase acuta dell'infezione e la degenza ospedaliera del bambino.

** Professoressa associata, Sapienza Università di Roma, membro del gruppo di studio ResQ Family di EFCNI*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Landazabal e Micheletto

Over 60: i vaccini ci salvano

**Influenza,
polmonite, zoster.
E virus sinciziale.
Evitare che gli
anziani e i fragili
vengano colpiti
risparmia vite e
ricoveri. I medici
devono agire**

di ANNA LISA BONFRANCESCHI

Anche la prevenzione si rinnova. E non solo perché, grazie alla ricerca, si conoscono sempre meglio i fattori di rischio di infezioni e malattie e arrivano sul mercato nuovi vaccini. Ma anche in base a quanto rivelano le indagini epidemiologiche che ci permettono di fotografare fenomeni importanti e finora poco conosciuti, come il peso del virus respiratorio sinciziale (Rsv) sulla salute. In Europa, si stima che ogni anno siano 160mila gli adulti che vengono ricoverati in ospedale a causa di questo virus. Si tratta di pazienti fragili, soprattutto anziani, immunodepressi, con patologie respiratorie come asma e Bpco (broncopneumopatia cronico ostruttiva) che, a causa del virus sinciziale, sviluppano polmoniti e riacutizzazioni di malattia.

«Conosciamo bene l'Rsv nei bambini, quando causa bronchioliti, con gravi crisi respiratorie, ma anche negli over 60 può dare ori-

gine a eventi importanti: finora, però, l'abbiamo cercato poco», ha spiegato Claudio Micheletto, direttore della Pneumologia dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, intervenuto al *Festival di Salute* nel talk "Prevenzione 2.0 Proteggiamo i fragili". «È importante avere dei dati - spiega il professore - e quelli che stiamo raccogliendo ci dicono che il 10-20% dei casi di riacutizzazione delle patologie respiratorie è dovuto a questo virus. Quando i pazienti hanno una ricaduta, nella maggioranza dei casi, si somministra una terapia empirica, senza sapere quale sia la vera causa eziopatogenetica». Ma, se conoscere l'origine di un'infezione non cambia la terapia, è importante per definire la prognosi, perché anche nell'adulto, come nel bambino, quella da Rsv è un'infezione che può avere conseguenze importanti. Perciò aggiunge Micheletto: «Si deve superare la logica della cura durante le fasi acute e abbracciare quella della prevenzione. Non si tratta solo di prevenire cicli di antibiotici

e cortisone, ma di avere un impatto sulla mortalità».

Sarebbe quindi importante rinnovare l'offerta vaccinale per la popolazione più fragile, chiedono gli esperti. All'inizio di quest'anno a farlo era stato il board del Calendario per la Vita - un gruppo che riunisce esperti di diverse società scientifiche, da igienisti, a pediatri - invitando il governo a considerare l'inclusione dei nuovi vaccini contro l'Rsv tra quelli offerti alla popolazione più a rischio, anziani e over 60 con patologie. Anche il Nitag, National immunization technical advisory group, per bocca del presidente Carlo Signorelli



dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, ha avanzato l'ipotesi di inclusione del vaccino Rsv tra quelli raccomandati nel calendario vaccinale per gli anziani. A oggi, infatti, questa vaccinazione non figura nella lista, dove invece si trovano, oltre a quello contro l'influenza, le vaccinazioni anti-pneumococcica e l'anti-zoster.

«Manca un supporto alla cultura della vaccinazione e della prevenzione, mentre sappiamo che questa porta beneficio sociale ed economico, oltre al benessere dei pazienti», ha aggiunto Fabio Landazabal, presidente e ad di Gsk Italia.

Investire nella protezione dalle infezioni prevenibili significa anche ottimizzare l'offerta vaccinale, trovando strategie efficaci per arrivare alla popolazione più suscettibile.

«I pazienti fragili, già affetti da patologie croniche, dovrebbero trovare nello specialista un rinforzo al messaggio vaccinale: per esempio, con i consigli che arrivano dal reumatologo per chi soffre di artrite reumatoide e segue un trattamento per sopprimere le reazioni abnormi del sistema immunitario, dall'ematologo per il paziente con linfoma in trattamento chemioterapico, dallo pneumologo per chi soffre di Bpco», ha suggerito Micheletto. Auspicabile - ha continuato l'esperto - è l'intervento dei medici di medicina generale

e dei presidi sanitari.

«I medici di medicina generale sono uno snodo fondamentale nella strategia di prevenzione perché seguono da vicino i pazienti e li gestiscono nella loro quotidianità», ha aggiunto Landazabal. Nessuna ricetta può funzionare senza abbracciare un cambiamento culturale, conclude Micheletto: la gestione di un paziente fragile deve poter contare tanto sulle corrette terapie quanto sui corretti stili di vita e sulla prevenzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Bisogna superare la logica della cura nelle fasi acute. Ed evitare che le persone si ammalino”

NUMERI

14,5mln

Influenza

Sono stati gli italiani colpiti dall'influenza nella stagione 2023/2024 (dati bollettino Respi-VirNet)

8mila

Polmonite

Sono i decessi stimati ogni anno in Italia negli over 70 a causa della polmonite per infezione da pneumococco

290mila

Infezioni acute

Sono i casi di infezione respiratoria acuta (Ari), provocati dal virus Rsv, stimati ogni anno in Italia negli over 60

Manager

Fabio Landazabal è presidente e amministratore delegato di Gsk Italia



Cattelan, Dose e Meli

Hiv, non è più tempo di stigma

Oggi chi scopre di essere stato infettato non è più condannato. Ma serve più informazione sui pericoli del virus

di MARTA MUSSO



Oggi l'infezione da Hiv non fa più paura, almeno non come 30 anni fa. Chi riceve una diagnosi di positività può, infatti, contare su terapie che, se prese con costanza e regolarità, portano ad avere un'aspettativa di vita sovrapponibile a chi l'infezione non ce l'ha. In altre parole, il volto dell'Hiv è radicalmente cambiato rispetto a quello che abbiamo conosciuto negli anni '80 e '90 del secolo scorso. «Lo scenario epidemiologico, infatti, ci racconta che oggi una persona che scopre di essere infettata dal virus ha almeno 60 anni di vita di fronte a sé», ha spiegato Annamaria Cattelan, direttrice Malattie Infettive e Tropicali dell'Azienda Ospedale Università di Padova, intervenendo al *Festival di Salute* durante il talk "Vivere con l'Hiv". «Nessun'altra patologia ha potuto contare su un successo terapeutico di questa portata: le terapie antiretrovirali hanno rivoluzionato il trattamento di questa infezione».

Questi farmaci hanno segnato un vero e proprio punto di svolta: bloccando la riproduzione del virus nelle cellule, ne hanno ridotto così tanto la quantità che circola nell'organismo da renderlo non trasmissibile. È il concetto rappresentato dall'equazione di U=U, cioè undetectable=untransmittable (non rilevabile=non trasmissibile).

Se le persone che vivono con l'Hiv seguono correttamente la terapia, quindi, la loro carica virale diventa non rilevabile, non trasmettono il virus e possono avere una vita sociale e affettiva serena. Ciò non toglie che debbano affrontare diversi problemi sia fisiologici, tra cui insonnia, disturbi dell'umore

e fatica cognitiva, sia legati alla sfera psicologica, come lo stigma che segna la malattia. Tutti aspetti che hanno

un impatto sulla qualità di vita e che possono diminuire l'aderenza alle terapie.

Per esempio, le persone con l'Hiv hanno un'incidenza dell'insonnia che può arrivare fino al 70%. «Effetti che possono derivare dall'uso di alcuni farmaci, ma anche dall'Hiv stesso che, se non controllato, può entrare nel sistema nervoso centrale e provocare danni ai neuroni», ha precisato Cattelan. Ecco perché è fondamentale che la diagnosi avvenga precocemente e che la terapia sia seguita con regolarità.

Purtroppo, i dati ci dicono che, delle circa 1800 nuove diagnosi che si registrano ogni anno in



Italia, una buona parte è tardiva: avviene a distanza di anni dall'infezione e, quindi, quando il virus ha già danneggiato l'organismo. E ancora: 16mila persone che sono in trattamento farmacologico non hanno ancora raggiunto la soppressione virale. «Significa che non si curano con continuità, si stanno curando male o hanno abbandonato le cure. Sono spesso persone vulnerabili dal punto di vista sociale, così come chi arriva tardi alla diagnosi», ha specificato Paolo Meli, pedagogista dell'Associazione Comunità Emmaus, anche lui ospite del *Festival di Salute*. «C'è quindi una correlazione tra la fragilità, la vulnerabilità, la difficoltà di accesso alla diagnosi e quella del mantenimento in cura».

In questo scenario l'informazione da una parte e il dialogo con il medico dall'altra possono e devono

giocare un ruolo importante, per parlare rispettivamente di prevenzione e di qualità di vita. «In questi ultimi 10 anni è crollata l'informazione sull'Hiv: è un fenomeno molto pericoloso, perché porta i giovani a non usare precauzioni, a non farsi il test o a farlo dopo molto tempo e quindi a utilizzare i farmaci troppo tardi», ha sottolineato Antonello Dose, conduttore radiofonico, persona Hiv positiva, intervenendo al talk. È necessaria quindi un'informazione che sia destinata ai più giovani e che sia preventiva, pratica e orientata all'inclusione. «I giovani sono pronti, accolgono e apprendono», ha assicurato Meli, ricordando tuttavia che l'educazione sessuale nelle scuole non è curricolare: «Ho una visione molto positiva su ciò che i giovani potrebbero fare, ma manca la possibilità di un lavoro continuativo che sarebbe anche un investi-

mento sulla prevenzione».

Sul fronte della qualità di vita, invece, è il rapporto con il medico che può rappresentare uno strumento importante. «Il nostro compito è avere un approccio personalizzato, guardare alla persona con Hiv nella sua interezza, non solo sul fronte della terapia, con una valutazione multifattoriale», ha concluso Cattelan. «Il valore del dialogo che si instaura in un rapporto empatico con il paziente è inestimabile. Chi ha un buon rapporto con il medico riesce a essere aderente alla terapia e, quindi, a raggiungere una buona qualità di vita che alcuni tipi di farmaci, anche innovativi, ci permetteranno di migliorare».

NUMERI

40 mln

Nel mondo
Sono le persone che vivono con il virus: tre su quattro sono attualmente in cura

370mila

Nuove infezioni
L'obiettivo 2025 dell'Unaids prevede che l'aumento annuo delle infezioni non superi questa cifra

250mila

Decessi
È il target da raggiungere entro il 2025, ma nel 2023 il numero era oltre il doppio: 630mila

21,2 mln

PrEP
Persone a rischio di contrarre l'Hiv alle quali bisogna assicurare la profilassi pre-esposizione

75%

Bambini
Coloro che, entro il 2025, devono avere la carica virale soppressa per poter eliminare l'Aids pediatrico

Ancora troppi pazienti non seguono le terapie con costanza. Con gravi effetti collaterali



**IL NUOVO ELISIR
DI LUNGA VITA?
MANGIARE
UN UOVO AL GIORNO**

Rizzoli a pagina 20



IL SUPER-CIBO Lo studio sui centenari di tutto il mondo

L'elisir per una lunga vita? Mangiare un uovo al giorno

Proteine, vitamine, aminoacidi (e poco colesterolo)
Un toccasana il consumo quotidiano dopo i 50 anni

di **Melania Rizzoli**

La scienza li studia da decenni per carpirne il segreto, ma l'unico elemento certo che è stato trovato in comune nei centenari di tutto il mondo, ovvero nelle persone che arrivano o superano il secolo di vita, è che ognuno di questi soggetti dopo la mezza età ha guadagnato oltre un decennio rispetto alle proprie aspettative mangiando almeno un uovo al giorno. I grandi vecchi del Pianeta infatti, non contano le calorie, non prendono vitamine o integratori, non pesano le proteine, né si curano della «cattiva fama» delle uova, che le descrive come fonte pericolosa di colesterolo, bensì si nutrono quotidianamente di questo prodotto animale, unico nel suo genere, considerato l'alimento più nutriente al mondo, dal costo economico più basso rispetto a qualunque altro

cibo.

Che sia di uccello o di gallina, ogni singolo uovo, composto da tuorlo ed albume in egual misura, è una preziosa fonte di micronutrienti, ed il contenuto racchiuso nel suo guscio è ricco di proteine ad elevato valore biologico, di aminoacidi essenziali, quelli cioè non prodotti dall'organismo, di vitamine, in particolare la A e la D, la K, la B6 e la B12, di acido folico, e di molti sali minerali come il ferro, il calcio, il fosforo e il potassio, tutti elementi a spiccata azione antiossidante, fondamentali contro l'invecchiamento e le degenerazioni cellulari. L'albume è costituito principalmente di acqua all'87% e di proteine al 13%, ed è pressoché privo di grassi, mentre la componente lipidica del tuorlo, rappresentata solo per il 65% dai trigliceridi(contro

il 98% degli altri cibi) e dall'abbondante presenza di lecitine contenute, insieme ai fosfolipidi conferiscono proprietà salutistiche e funzionali, tra i quali il potere emulsionante dei grassi, i quali, pur essendo di origine animale, sono prevalentemente monoinsaturi e polinsaturi, ovvero benefici per l'organismo, essendo noto che sono i grassi saturi ad essere responsabili dell'aumento dei lipidi nel sangue. Il temuto contenuto di colesterolo, il 5% circa ogni 200mg/uovo, è bilanciato dall'alta presenza di lecitine, molecole emulsionanti che



riducono l'assorbimento di colesterolo nell'intestino e ne abbassano la sintesi metabolica, favorendone il trasporto inverso dalle arterie al fegato, potenziando l'attività del HDL, quello buono, oltre a favorire le performance cerebrali e i processi digestivi. La biotina, una vitamina del complesso B contenuta nel tuorlo, aumenta la tonicità della pelle e la lucentezza dei capelli, i precursori della vitamina A, i famosi carotenoidi, assicurano la protezione delle mucose e della vista, mentre i componenti minerali partecipano alla fortificazione e benessere delle ossa, dei muscoli, del sistema nervoso e di quello immunitario. Senza dimenticare i flavonoidi, preziosi fattori protettivi contenuti nel tuorlo, che combattono le alterazioni dei radicali liberi, come pure la metionina e la colina, anch'esse presenti in abbondanza, che agiscono a difesa delle cellule epatiche.

Tra le controindicazioni, l'assunzione di uova è sconsigliata ai soggetti affetti da calcolosi ed infiammazione in atto della colecisti e delle vie biliari, poiché favorendo il tuorlo la contrazione della cistifellea e la svuotamento del suo denso liquido biliare allo scopo di emulsionare i grassi, si potrebbero scatenare dolorose coliche, ed è limitata a coloro che soffrono di duodenite e pancreatite, mentre le uova non sono affatto proibite a chi ha valori di colesterolo oltre i livelli raccomandati, i quali possono tranquillamente mangiare le classiche due uova a settimana.

La produzione endogena (interna) aumentata del colesterolo è infatti quasi sempre un indice di iperalimentazione, favorita soprattutto dal consumo eccessivo di carboidrati raffinati, di dolci, di prodotti alimentari industriali (salumi e insaccati), che contengono grassi idrogenati, di formag-

gi stagionati e salati, mentre il consumo quotidiano di uova, crude, sode, strapazzate, in camicia, alla coque, non ha alcun effetto sui valori del colesterolo totale nel sangue, anzi addirittura è in grado di abbassare quello cattivo (LDL) e aumentare quello buono (HDL), e le uova non sono dannose per la salute del cuore e delle arterie, minate invece da patologie sempre in aumento quali ipertensione e diabete.

Certamente se le uova vengono consumate quotidianamente con toast imburrati, sale a volontà, bacon arrostito ed altre carni lavorate, sono gli alimenti aggiunti a non rendere salutare il connubio ed a rendere vani i benefici di questi prodotti animali preziosissimi per il benessere fisico di ogni persona. Le uova crude inoltre, solitamente esposte in scaffali non refrigerati nei supermercati, dopo l'acquisto vanno sempre conservate in frigo, per preservare intatte la maggior parte delle molecole contenute all'interno, e consumate entro tre settimane dalla deposizione, e la loro cottura prolungata influisce in modo significativo sui valori nutrizionali, anche se in questo caso sono più facili da digerire (in meno di un'ora e mezza risultano metabolizzate, al contrario di un pezzo di carne che ne impiega tre) e si elimina totalmente il rischio di salmonellosi nei casi di contaminazione.

Un recente studio prospettico della *Duke Clinical Research Institute di Durham*, del North Carolina, che ha analizzato, su un centinaio di pazienti tra i 50 e i 68 anni, il rischio cardiovascolare sulla assunzione quotidiana di due o tre uova al giorno, ha rassicurato sul fatto che anche il consumo di 12 uova a settimana, a tre mesi dai controlli, non aveva

aumentato i livelli di colesterolo LDL, e che a quattro mesi i biomarcatori lipidici, cardiometabolici ed infiammatori restavano nei limiti della norma anche nei soggetti che avevano avuto un precedente problema cardiovascolare, e che quindi erano considerati a rischio, a dimostrazione che la demonizzazione popolare del prodotto più buono, più semplice e più completo del mondo, in termini di contenuto vitale ed energetico, è smentita clamorosamente dalla scienza.

Non c'è dubbio che nelle persone longeve la genetica, che incide di circa il 25% sulla durata della vita, la dieta e lo stile di vita hanno un ruolo fondamentale, poiché una alimentazione troppo ricca di proteine, grassi saturi e zuccheri semplici o elaborati, accelera l'invecchiamento e la comparsa di patologie ad esso associate, come le cardiovascolari, le neurodegenerative, le autoimmuni, il diabete e l'ipertensione, ma la scienza ha dimostrato che migliorando il proprio regime alimentare dopo la mezza età, introducendo appunto le uova, la miglior fonte concentrata di proteine naturali disponibili a basso contenuto calorico ed elevato valore biologico, si può aggiungere un decennio in più rispetto alle proprie aspettative di vita.

Ps: ogni anno a livello globale vengono prodotte circa 63 milioni di tonnellate di uova da un insieme di 6,5 miliardi di galline, ciascuna delle quali ne depone fino a 330 all'anno. Nel 2012 l'Unione Europea ha vietato l'allevamento di polli in batteria.



27 nov
2024

NOTIZIE FLASH

S
24

AbbVie: la Commissione Ue approva terapia per tumore ovarico platino-resistente

La Commissione europea ha concesso l'autorizzazione all'immissione in commercio di mirvetuximab soravtansine per il trattamento in monoterapia di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio, cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale

primitivo. Lo annuncia AbbVie sottolineando che mirvetuximab soravtansine "è il primo e unico anticorpo farmaco coniugato che ha come target il recettore alfa dei folati approvato nell'Unione europea". "La nostra azienda è fortemente impegnata nel campo dell'oncologia - sottolinea Fabrizio Greco, amministratore delegato di AbbVie Italia - con l'obiettivo di sviluppare soluzioni terapeutiche innovative in modo che le persone affette da tumore abbiano maggiori possibilità di sopravvivenza e la migliore qualità di vita possibile". Con l'approvazione di mirvetuximab soravtansine, "AbbVie risponde ad un bisogno clinico ancora insoddisfatto e rafforza il proprio impegno nei tumori solidi e nella medicina di precisione".



© RIPRODUZIONE RISERVATA

27 nov
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Aiom e Ficog: i bandi Aifa segnale importante per la ricerca indipendente ma sostenere gli studi no profit

“Esprimiamo soddisfazione per l’assegnazione dei 3 bandi Aifa per la ricerca indipendente. Si tratta di un passo avanti molto importante per sostenere gli studi no profit in oncologia. Il potenziale della ricerca oncologica in Italia è significativo e le nostre sperimentazioni sono all’avanguardia, ma servono più finanziamenti pubblici”. È il commento di **Francesco Perrone**, presidente AIOM

(Associazione Italiana di Oncologia Medica), alla pubblicazione dei vincitori dei 3 bandi AIFA sulla ricerca indipendente nel tumore del polmone non a piccole cellule (Dipartimento di Oncologia, Università di Torino), nel carcinoma renale (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano) e nell’epatocarcinoma (ASL Napoli 1 Centro, Napoli). Il finanziamento complessivamente previsto è pari a 7 milioni e 500mila euro (due milioni e cinquecentomila euro per ogni bando).

“Vi sono forti criticità nella disponibilità di personale - continua Perrone - e di una solida infrastruttura digitale. Oggi, in Italia, solo il 15% degli studi è no profit. Questi elementi impongono un cambio di passo e l’impegno dell’Agenzia Italiana del Farmaco sta andando nella direzione giusta. I 3 bandi, infatti, riguardano studi di sequenza terapeutica, che possono



ottimizzare l'efficacia delle opzioni terapeutiche disponibili nell'intero percorso di cura del paziente”.

In un anno (2021-2022), nel nostro Paese, gli studi clinici non sponsorizzati dall'industria farmaceutica sono passati dal 22,6% al 15% del totale. “Una diminuzione di oltre il 7% solo in 12 mesi, segno di un impoverimento del sistema della ricerca no profit in Italia. Questo, per l'oncologia, rappresenta un problema molto rilevante – sottolinea **Evaristo Maiello**, presidente della Federation of Italian Cooperative Oncology Groups (FICOG) -. È molto importante che siano promossi anche altri bandi AIFA per la ricerca indipendente che, se supportata, può realizzare la triplice missione di migliorare la pratica clinica, aumentare il livello di conoscenza sui nuovi farmaci e fungere da supporto alle politiche di rimborsabilità”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

27 nov
2024

NOTIZIE FLASH

S
24

Oltre il tremore, una malattia che è cento malattie: al via la campagna della Confederazione Parkinson Italia

Oggi in Italia ci sono almeno 300 mila Parkinson, al plurale, uno per ciascun paziente. Infatti, accanto al tremore, che è di gran lunga il sintomo più conosciuto, ne esistono altri - oltre 402 - che si combinano tra di loro in modo e con intensità differente in ogni persona. Ne possono risentire così anche l'umore, il sonno e la digestione, ma in tutti i casi emerge un punto fermo: la voglia di reagire alla malattia. Così al centro della nuova campagna istituzionale della Confederazione Parkinson Italia - lanciata in occasione della Giornata nazionale (30 novembre) con il supporto non condizionante di Zambon - ci sono Carla che si dedica all'arrampicata sportiva e Paolo che ha imparato a volare ovunque con il suo simulatore, mentre Valentina è diventata mamma e Massimiliano diffonde musica e idee nuove alla radio. Sono alcune delle storie vere di reazione di pazienti che testimoniamo come il Parkinson sia "Una malattia che è cento malattie" e che ispirano la campagna, i soggetti pubblicitari e lo spot sociale che andrà in onda nel 2025 con le voci di Claudio Bisio e Lella Costa.

La maggior parte delle persone sottovaluta la complessità del Parkinson e lo etichetta come "malattia del tremore": una semplificazione che la nuova



campagna punta a sfatare. “Ancora oggi c’è molta confusione sul Parkinson e si pensa che le sue uniche conseguenze siano i tremori, i problemi di movimento e di equilibrio. False convinzioni con cui io stesso mi sono scontrato quando - dopo la diagnosi - ho sperimentato le tante e diverse manifestazioni della malattia. Eppure, in questa molteplicità di situazioni c’è un minimo comune denominatore: la voglia di reagire e di perseguire i proprio obiettivi di vita e le proprie passioni. Da qui – commenta Giangi Milesi, Presidente Confederazione Parkinson Italia – la scelta di dar vita a una campagna istituzionale che grazie al racconto di storie vere di reazione possa rivelare i tanti, diversi volti del Parkinson e sfatare così i luoghi comuni che lo caratterizzano”.

“Le malattie neurodegenerative come il Parkinson sono al centro dell’impegno di Zambon per migliorare la qualità di vita di chi è costretto a convivere. In questo senso - dichiara Rossella Balsamo, Medical Affairs & Regulatory Zambon Italia e Svizzera - si inserisce il nostro lavoro a fianco delle associazioni pazienti per identificare strumenti e servizi in grado di alleviare l’impatto delle malattie. Siamo quindi molto orgogliosi di supportare la Confederazione Parkinson Italia in questa campagna istituzionale che, facendo chiarezza sui veri volti del Parkinson, restituisce il reale impatto della patologia”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



27 nov
2024

DAL GOVERNO

S
24

Aifa: approvata la rimborsabilità di 16 farmaci, 3 per le malattie rare e 7 nuove molecole

Il Consiglio di Amministrazione dell'Aifa, nella seduta di novembre, ha approvato l'ammissione alla rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale di 16 farmaci (14 principi attivi), tra medicinali orfani per malattie rare (3), nuove molecole (7) ed estensioni delle indicazioni terapeutiche (6).

I farmaci orfani autorizzati sono due medicinali per il trattamento di tumori rari e una terapia enzimatica. Tra le nuove molecole, Aifa ha autorizzato medicinali per la sclerosi multipla, la dermatite atopica, il mieloma multiplo, la psoriasi, due terapie enzimatiche per la malattia di Pompe e un antibiotico per il trattamento di infezioni intra-addominali multi-resistenti ai trattamenti di prima linea.

Le estensioni terapeutiche di medicinali già rimborsati dal Ssn ricadono invece nell'ambito del trattamento della fibrosi polmonare idiopatica, del cancro del polmone e della tiroide, della trombocitopenia immune primaria (ITP).



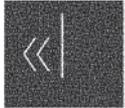
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Luca Zaia

“Vi racconto il modello Veneto”

Tutto si basa sull'efficienza del sistema ma soprattutto sulla Sanità territoriale. Con percorsi di cura definiti che portano per mano i malati. E gli algoritmi a regolare le liste di attesa. Il Governatore accende le luci

di VALENTINA ARCOVIO



«I soldi non bastano mai, ma esistono anche soluzioni a costo zero». È in questo modo che il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, intervistato dal vicedirettore di Repubblica, Francesco Bei, ha raccontato la nascita e lo sviluppo delle “Breast Unit” nella sua Regione, durante il *Festival di Salute*.

«In Veneto, questa amministrazione ha deciso di togliere il cancro al seno dalla chirurgia generalista, nonostante le pro-

MOBILITÀ SANITARIA

3

Regioni
Considerando il volume assoluto di ricoveri in mobilità attiva, nel 2022, Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto sono risultate le Regioni più attrattive, assorbendo il 56% dei ricavi complessivi provenienti dal cosiddetto turismo sanitario

Il governatore e il professore
Luca Zaia è presidente del Veneto dall'aprile 2010. Robert Giovanni Nisticò è presidente dell'Aifa dall'aprile 2024

te delle donne e dei chirurghi», ha raccontato. «Abbiamo deciso che i nostri team operatori debbano occuparsi di almeno 150 tumori al seno

all'anno, specializzandosi proprio sul seno. Abbiamo, così, dato vita alle “Breast Unit”: dalla diagnosi fino alla ricostruzione mammaria, la paziente è seguita da queste unità. Non ci è costato nulla», ha assicurato Zaia. «In alcune parti d'Italia questa nuova organizzazione non è stata adottata e i parametri di mortalità sono purtroppo più alti».

Il modello Veneto piace e, probabilmente, anche per questo motivo numerosi pazienti da tutta Italia scelgono proprio questa Regione per farsi curare. «Il Veneto ha circa 300 milioni di immigrazioni sanitarie all'anno», ha sottolineato il governatore, precisando che, in realtà, la sua Regione non ricava alcun vantaggio dal turismo sanitario. «Non facciamo affari, ma ci rimettiamo soldi», ha evidenziato. «Tutto viene remunerato secondo una tabella, nota in gergo come Drg: alcune

procedure stanno dentro le tabelle (in termini economici, ndr), come, per esempio, i tunnel carpal e le appendiciti, ma altre no. Qui, da noi, arrivano anche i casi disperati: pensiamo ai trapianti oppure a quelli cosiddetti di “seconda mano”, quando i nostri professionisti devono rimediare ai danni che sono stati compiuti in precedenza da altri».

Ma non finisce qui. Un altro vanto di quello che è noto come “modello Veneto” sono le liste d'attesa, valutate tra le più brevi in tutta Italia. «Dal giugno del 2023 - ha riferito Zaia - il team della Sanità del Veneto ha fatto passare nella categoria di 30 giorni in media d'attesa, a partire dall'impegnativa del medico, molti pazienti: da 122 mila persone “in galleggiamento”, persone che aspettavano, a casa, che qualcuno chiamasse, alle 13 mila di oggi. Questo è frutto del lavoro dei nostri medici e dei nostri specialisti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Molti scelgono questa Regione per farsi curare: “Ma non ricavamo soldi dal turismo sanitario”



LA STORIA

**“La mia Deborah
e il tumore non curato
per far nascere sana
la nostra bambina”**

FRANCESCA DEL VECCHIO

«Mi ha ferito la facilità con cui la gente, sui social, ha criticato la scelta di Deborah senza sapere quanto abbia lottato». Massimo Chinaglia trattiene a fatica le lacrime. - PAGINA 21



L'INTERVISTA

“Quel tumore non le lasciava scampo Deborah ha scelto la vita di nostra figlia”

Como, parla il compagno della donna che ha scoperto la malattia in gravidanza e ha rinunciato alle cure
“Era speciale, altruista, buona. Mi ha detto: voglio che venga al mondo. I giudizi sui social mi hanno ferito”

FRANCESCA DEL VECCHIO
COMO

«Le decisioni delle persone sono scommesse, il giudizio degli altri conta poco. Quello che mi ha ferito è stata la facilità con cui la gente, sui social, ha criticato la scelta di Deborah senza conoscerne le motivazioni. Senza sapere che persona speciale fosse. Quanto abbia lottato per costruire la nostra famiglia che ora è monca senza di lei». Massimo Chinaglia, 40 anni, trattiene a fatica le lacrime dall'altra parte del telefono. Appena 24 ore prima di questa intervista, a Como, ha detto addio alla sua compagna, Deborah Vanini di appena 38 anni, che per portare al termine la gravidanza e far nascere la pic-

cola Megan ha scelto di non curare il cancro avanzato che l'aveva colpita ai polmoni.

Chi era Deborah?

«Una persona speciale, altruista, buona. È riduttivo dire che fosse la mia metà: era il mio tutto, il mio punto di riferimento. Voglio parlare di lei perché credo che la sua storia possa essere d'ispirazione e d'insegnamento per le persone che credono che il tempo a nostra disposizione sia infinito. Ci sono casi come quello della mia Debby in cui il “domani” non c'è, casi in cui la sabbia nella tua clessidra è quasi finita e allora anche un sacrificio per un bene superiore vale la pena farlo».

Perché non ha voluto interrompere la gravidanza?

«Quando ci siamo conosciuti,

10 anni fa, sapevamo che volevamo una famiglia con dei figli. Ci abbiamo provato per due anni ma non ci riuscivamo. Poi, a febbraio scorso, il test di gravidanza che ci ha confermato che Deborah era incinta. Solo che di lì a qualche giorno siamo corsi in ospedale perché aveva dei forti dolori a una gamba. Abbiamo firmato una liberatoria per autorizzare la tac nonostante la gravidanza e così abbiamo scoperto un tumore ai polmoni al quarto stadio, le metastasi ad altri organi che erano irrimediabilmente compromessi».



Cosa è successo dopo?

«Mi ricordo quella sera, dopo l'ospedale: Debby l'ha passata con la testa appoggiata sul tavolo della cucina, in lacrime. Era terrorizzata da quello che l'aspettava. Spaventata per le scelte che doveva compiere: non sapeva cosa ne sarebbe stato della sua vita. Poi, quella frase - "Mi curerò dopo il parto" - che mi ha fatto capire che aveva già scelto. Abbiamo sperato nel miracolo, pregato. Abbiamo confidato nei farmaci che le davano per tenere a bada l'avanzamento della malattia, ma quel cancro era troppo cattivo».

Cos'ha pensato della decisione della sua compagna?

«Già, compagna... non abbiamo fatto neanche in tempo a sposarci. Le sono stato accanto perché sapevo che non potevo farle cambiare idea. Mi sono sforzato nei mesi in cui ho dormito con lei in ospedale - anche sul pavimento, se occorreva - di comprendere la sua decisione. So che il suo è stato un gesto di altruismo e di amore verso di me e verso nostra figlia. In fondo, lei sapeva che stava per morire».

Pensa mai a come sarebbe stata la vostra vita se si fosse curata?

«Tutti sanno cos'è un tumore al quarto stadio. I medici furono chiari: era inoperabile. Se avessi iniziato le cure subito, appena scoperto, avrebbe potuto vivere qualche anno in più - 4 o 5 al massimo -, invece di consumarsi in sei mesi. Ma sapeva che in quel tempo che le restava, con la chemio e il resto, una gravidanza non sarebbe mai arrivata. Per questo mi diceva sempre: "Nostra figlia avrà tutta la vita davanti, voglio che venga al mondo. Io, potrei vivere solo pochi anni ancora. Che senso avrebbe rinunciare a lei". E così ha voluto, fino alla fine».

È stato un parto difficile?

«Non ho mai visto una sala operatoria così piena di persone: saranno state 40. Nonostante l'indecisione se farla partorire in ginecologia o in oncologia, nonostante una tromboembolia e un parto prematuro, è riuscita a godersi la piccola per due mesi, fino a 20 giorni fa. Poi un versamento pleurico e una nuova corsa in ospedale. Da lì le cose sono peggiorate ogni giorno».

Cos'ha pensato in quei momenti?

«Avevamo una bambina di un mese e mezzo a casa, la paura che Deborah potesse non farcela

la era grande. I medici - lo staff del Niguarda è stato fantastico - hanno cercato di prepararmi. Ma si è mai veramente pronti per una cosa del genere? Alla fine, venerdì notte mi è morta tra le braccia».

Lei adesso come sta?

«Oggi (ieri per chi legge, ndr) è il giorno più duro per me, dopo averla seppellita mi sento mutilato, perso. Ho la gioia di nostra figlia, un "pezzo" di Deborah da cullare mentre sono al telefono. Eppure vedo tutto buio intorno. Volevo diventare padre ma con Deborah al mio fianco. So di avere l'enorme responsabilità di crescere nostra figlia. Ma Debby prima di andarsene mi ha dato tutte le istruzioni, ha anche comprato vestitini, culla, lettino e giochi per i prossimi 7 anni. Aveva capito che le restava poco tempo».

Della vostra storia si è parlato molto. Non sempre in termini positivi. Cosa l'ha offesa di più?

«Più che di offesa, parlerei di mancanza di rispetto per le scelte di una persona che non si conosce. Io non voglio che qualcuno giudichi il fatto che mia figlia crescerà senza madre. Credono che non ci abbia pensato? Chi ha criticato la de-

cisione di Deborah di non curarsi non sapeva nulla della sua malattia, dei suoi sentimenti. Del fatto che si sentisse appagata dalla vita e che per altruismo volesse lasciare a me qualcosa di lei. Una società così incattivita che l'ha giudicata senza sapere dovrebbe prendere esempio dalla sua storia».

Cosa farà adesso?

«Cercherò la forza, da qualche parte. Nella famiglia, di certo, che è l'unico sostegno che si ha nei momenti difficili. Crescerà mia figlia facendo tesoro di quello che Debby mi ha insegnato e quando sarà grande le racconterò del grande gesto d'amore che sua madre ha compiuto perché venisse al mondo». —

“

Massimo Chinaglia

Pochi giorni dopo aver scoperto la gravidanza Debby si è sentita male. E in ospedale ci hanno detto: è un tumore inoperabile.

Lei quella sera mi ha detto: "Mi curerò dopo il parto. Nostra figlia avrà tutta la vita davanti, io pochi anni ancora".

Ora mi sento mutilato, perso, anche se ho una parte di Deborah in braccio. La crescerò parlando di lei.



Insieme a Megan

Massimo Chinaglia, Deborah Vanini e la piccola Megan, nata il 18 settembre. Martedì è stato celebrato il funerale di Deborah, morta per un tumore ai polmoni diagnosticato in gravidanza.



Rocca: «Noi un esempio» Fascicolo sanitario il Lazio primo in Italia

Il Lazio è la prima Regione italiana per completezza e servizi offerti dal fascicolo sanitario elettronico (Fse). A certificarlo è la Fondazione Gimbe. Secondo il rapporto il Lazio è al vertice (100%) per completezza di documenti

e servizi. Al secondo posto il Piemonte (94%).

Magliaro a pag. 61



Lazio, fascicolo sanitario «Siamo i primi in Italia»

► Il governatore Rocca rivendica i risultati certificati dalla Fondazione Gimbe. Nel Fse dei cittadini inseriti il 100% dei documenti contro una media nazionale del 79

IL PRIMATO

Il Lazio è la prima Regione italiana per completezza e servizi offerti dal fascicolo sanitario elettronico (Fse). A certificarlo è la Fondazione Gimbe. La Gimbe, presieduta da Nino Cartabellotta, «ha lo scopo di favorire la diffusione e l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche con attività indipendenti di ricerca, formazione e informazione scientifica» per migliorare il servizio sanitario pubblico. Secondo il rapporto Gimbe, il Lazio è al vertice (100%) per completezza di documenti e servizi. Al secondo posto il Piemonte (94%), poi via via le altre regioni fino al fanalino di coda della Puglia (63%).

COS'È IL FSE

Il fascicolo sanitario elettronico è un sistema di raccolta dei dati attinenti la storia clinica di un paziente, rendendo disponibili le informazioni e i documenti prodotti dal Sistema Sanitario Nazionale da medici e operatori sanitari anche di strutture diverse (ASL, Aziende Ospedaliere, medici di famiglia e pediatri, ecc.) e da strutture sanitarie private. Contiene ad esempio referti, lettere di dimissioni, verbali di pronto soccorso, prescrizioni e tutto il materiale che descrive i diversi eventi clinici occorsi durante tutta la vita di un paziente.

«Cambiare il volto del Servizio Sanitario Regionale è una sfida complessa. Tuttavia, quando una Fondazione autorevole ed indipendente come Gimbe certifica che il Lazio è la prima Regione italiana per completezza e servizi offerti dal



Fascicolo Sanitario Elettronico, la soddisfazione è grande».

«SODDISFAZIONE GRANDE»

Esulta il presidente della Regione, Francesco Rocca, che aggiunge: «Siamo consapevoli che c'è ancora molto lavoro da fare, ma è chiaro a tutti che da un anno e mezzo abbiamo riportato al centro una visione che ha messo nuovamente il cittadino al primo posto. Il fascicolo sanitario elettronico è uno strumento molto importante: possiamo definirlo come una sorta di carta di identità sanitaria e il nostro lavoro è anche quello di fare in modo che i cittadini la percepiscano come tale, facendo sì che aumenti il consenso

dei cittadini alla consultazione dei propri dati da parte del personale sanitario. Stiamo lavorando molto anche in questa direzione, usando modelli di comunicazione che vedono la collaborazione di tutti gli attori del servizio sanitario regionale. In qualsiasi parte del mondo ci si trovi, attraverso l'Fse si può risalire alla storia clinica del paziente, così da poterli garantire le cure più appropriate», ha spiegato il Presidente. «Inoltre, la digitalizzazione che il Fascicolo immette nel Servizio Sanitario Regionale consentirà di poter effettuare tanti servizi che si inseriscono nel programma di snellimento burocratico che stiamo portando

avanti. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ci consente di finanziare questa ed altre misure per una sanità sempre più moderna e a misura di persona. Noi non perderemo tempo e neanche un centesimo per garantire ai cittadini laziali un Servizio Sanitario all'altezza della seconda Regione Italiana».

Fernando M. Magliaro

**«LA DIGITALIZZAZIONE
CONSENTIRÀ DI
POTER EFFETTUARE
TANTI SERVIZI PER
UNA SANITÀ A
MISURA DI PERSONA»**

