

17 giugno 2024

RASSEGNA STAMPA



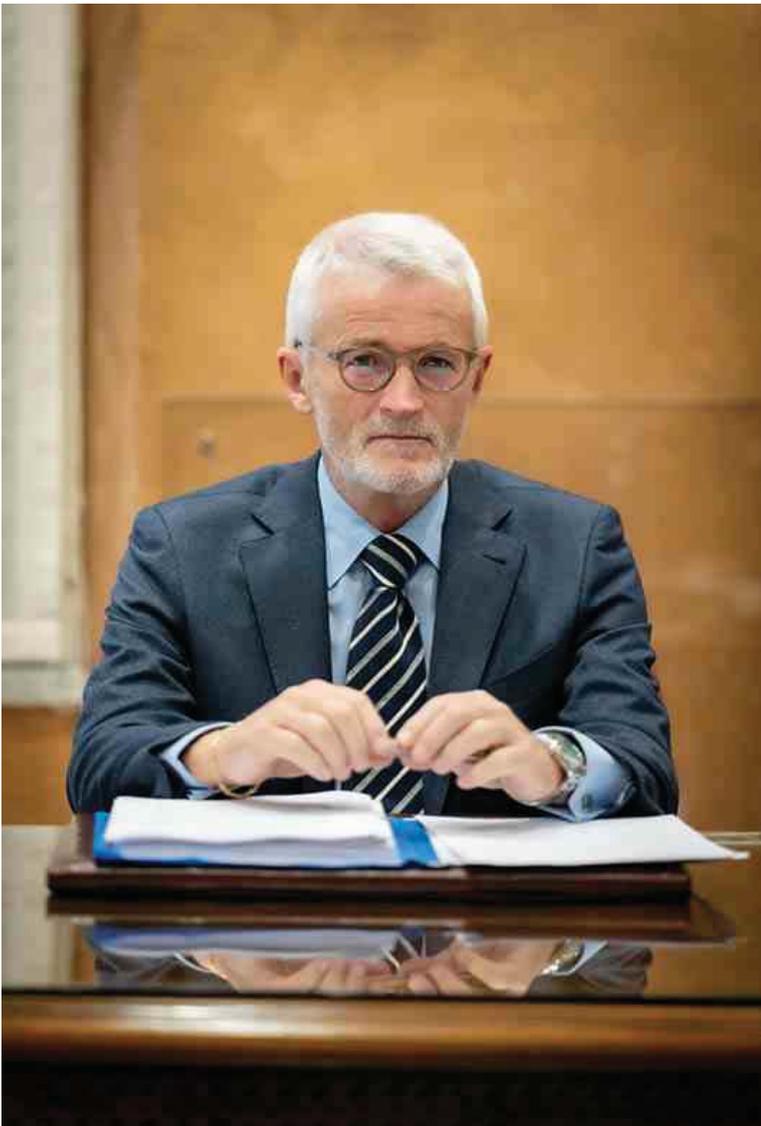
ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

ARIS

Per la carenza di infermieri bene soluzioni tampone, ma occorre una visione prospettica

16 Giugno 2024



L'allarme è stato lanciato da tempo, **in Italia mancano circa 70 mila infermieri**. Un dato che preoccupa Governo e Regioni, che intanto guardano all'estero per far fronte alla carenza. Il Ministro Schillaci ammicca all'India, mentre Regione Lombardia si sta rivolgendo al Sud America e – secondo quanto riportato da organi di stampa – l'assessore al Welfare, Guido Bertolaso, reputa ormai imminente un accordo con il Paraguay per acquisire tra i 2.500 e i 3.000 infermieri.

*«Bene attivare i canali internazionali – commenta l'avv. **Giovanni Costantino** – per far fronte a quella che è una vera e propria emergenza, ma non basta solo portare gli infermieri in Italia. Già nell'immediato, infatti, occorre fornire un quadro normativo chiaro su tutto il territorio nazionale, sbloccando l'iter in corso in Conferenza Stato-Regioni e risolvendo le criticità ancora esistenti».*

*«Mi sembra inoltre ineludibile – continua – attivare percorsi formativi e di accoglienza adeguati per garantire la qualità delle cure e l'ambientazione dei professionisti, con il coinvolgimento della **FNOPI** e di altri enti specializzati come la **Fondazione Samaritanus**, recentemente costituita da **ARIS** ed **UNEBA** sotto l'egida della **CEI**».*

Secondo il giuslavorista *«È comunque indispensabile ragionare in un'ottica prospettica, preoccupandosi sin da subito del futuro dei professionisti stranieri che, salvo proroghe, dovranno ottenere il riconoscimento del titolo entro il 2025».*

Infine, pensando al futuro della sanità, conclude Costantino *«Non ci si può esimere dal risolvere alla radice le criticità che da troppo tempo scoraggiano le giovani generazioni dallo svolgere la professione infermieristica in Italia, creando le condizione per garantire loro un trattamento, economico e non solo, adeguato alla loro professionalità».*



SEGUI SU @GIORGIOARMANI
E ARMANI.COM

la Repubblica

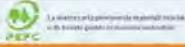
Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Maurizio Molinari



SEGUI SU @GIORGIOARMANI
E ARMANI.COM



Lunedì 17 giugno 2024

Oggi con Affari & Finanza

€1,70

NOMINE EUROPEE

Ue, Ursula a caccia dei voti

Oggi a Bruxelles i leader europei si confrontano sulla nuova Commissione. Von der Leyen resta in pole position. Macron e Scholz puntano a fare subito l'accordo. Ma i veti incrociati sulle alleanze possono riservare ancora delle sorprese

Prodi: l'Europa ha bisogno di una guida forte. Meloni è ambidestra

L'editoriale

Torna la contesa tra destra e sinistra

di Ezio Mauro

Ma non erano morte, la destra e la sinistra? Non come partiti, s'intende, ma come coppia antagonista capace di esprimere un criterio di interpretazione del mondo organizzando intorno a sé l'intero sistema politico, per disciplinare valori, interessi, rappresentanza, senso della storia. Soltanto pochissimi anni fa, il funerale politico di questo meccanismo era annunciato dovunque, con la soddisfazione di chi voleva chiudere i conti non solo con le vecchie ideologie, ma anche con le storiche categorie che hanno governato il confronto politico per più di cent'anni, nella contesa per la conquista dell'anima del secolo. Trattati come ferrivechi, per di più arrugginiti, quei due pensieri politici egemoni venivano dichiarati scaduti nella loro combinazione, quindi fuori corso, e invitati ad arrotolare le loro bandiere per assistere al sicuro declino delle loro organizzazioni scartate dalla storia: che proseguiva il suo cammino libera dalle ipoteche culturali ereditate dal Novecento, consegnandosi nuovamente vergine agli schemi e alle formule della modernità.

• a pagina 31

dal nostro corrispondente
Claudio Tito

BRUXELLES — «I voti li posso trovare in Parlamento senza cambiare la maggioranza». È l'ultimo messaggio che Ursula von der Leyen ha inviato ieri ai 4 "negoziatori" di Pse e Ppe.

Iservizi • da pagina 2 a pagina 6



Bernard-Henri Lévy

"Dietro a Le Pen e Salvini c'è la mano di Putin"

di Emanuela Giampaoli • a pagina 7

A Bologna chiude il festival di Repubblica, una partecipazione straordinaria



• Bologna il festival di Repubblica si è chiuso in una piazza Maggiore strapiena

I giovani e la piazza grande delle idee

di Camonchia e Giusberti • alle pagine 26 e 27

Vertice in Svizzera

Pace in Ucraina Kiev cerca una sponda con Riad e Pechino

dal nostro inviato
Daniele Raineri



BÜRGENSTOCK — Finisce la prima conferenza di pace sull'Ucraina con un comunicato firmato da 78 Paesi - con la defezione del Sud globale - che afferma l'integrità territoriale ucraina. • a pagina 8

Medio Oriente

Grossman: "Serve l'audacia di dialogare con il nemico"

di Eleonora Capelli



Posiamo ritrovare il dialogo con l'audacia della pace. Gli ebrei in Israele devono includere le minoranze. Così ieri sera David Grossman intervistato dal direttore Maurizio Molinari. • a pagina 19

GIORGIO ARMANI

COLLEZIONE UOMO PRIMAVERA/ESTATE 2025
LUNEDÌ 17 GIUGNO - ORE 11.00

Il Presidente Cei Zuppi

"Il Papa sui gay? Si all'accoglienza ma con chiarezza"



di Ilaria Venturi
• a pagina 15

Sport



Il rosso Ferrari illumina la 24 Ore di Le Mans

di Paolo Rossi
• nello sport

Europei



Giganti e bischerate il lessico Spalletti che buca lo schermo

dal nostro inviato
Maurizio Crosetti • nello sport

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06 688291

DEL LUNEDÌ

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



Tre anni dopo il maleore
La favola di Eriksen,
ritrova Europeo e gol
di Federico Pistone
a pagina 49



La spedizione
Otto alpiniste
alla sfida del K2
di Franco Brevini
a pagina 23



Le mosse della Cina
LE RISCHIOSE
ILLUSIONI
OCCIDENTALI

di Federico Rampini
A l vertice svizzero sull'Ucraina non c'era Xi Jinping: ha declinato l'invito. Da Mosca Vladimir Putin (non invitato) ha dettato le condizioni di un cessate il fuoco. Includono l'ammissione di tutto ciò che la Russia ha già occupato con una guerra criminale; più altre zone che Putin non ha neppure conquistato. Il diktat più pesante è che l'Ucraina rinunci ad ogni cooperazione militare con l'Occidente. Una capitolazione. L'Ucraina dovrebbe regalare all'aggressore perfino più territorio di quanto non si sia preso con la violenza. E dovrebbe rinunciare alla propria sicurezza anche futura. Il veto sull'ingresso nella Nato, nonché su patti bilaterali di difesa come quelli offerti dall'America e alcune nazioni europee, è il preludio a nuove aggressioni. L'alto bilancio di vite sacrificate per difendersi dall'invasione russa sarebbe stato inutile. Chi si autodefinisce pacifista e da due anni invoca una «soluzione diplomatica», dovrebbe aprire gli occhi: questo è Putin. Non da oggi. Sono rivelatrici le carte pubblicate dal New York Times sui negoziati tra febbraio e aprile del 2022, nei primi mesi di guerra. Già allora Putin, oltre alle amputazioni territoriali, esigeva un'Ucraina vassallo della Russia, senza possibilità di accordi di sicurezza con altri Paesi. Chi ha passato questi anni a rimproverare «noi» — Zelensky, Biden, l'Unione europea — di non puntare sulla diplomazia, guardi la realtà in faccia: Putin vuole la resa come premessa per conquiste future; e rispetta solo i rapporti di forza.

continua a pagina 34



UNA CENA INFORMALE FRA I CAPI DI STATO E DI GOVERNO

GIANNELLI
PER CAPIRE QUELLO CHE BOLLE IN PENTOLA

Il summit svizzero: in 80 riaffermano l'integrità territoriale ucraina. Dal Brasile all'India, chi si chiama fuori
Pace, sì al piano con defezioni
Meloni a Zelensky: «Conti su di noi». Ma 12 Paesi non firmano l'atto finale

di Giuseppe Sarcina e Paolo Valentino

LE PAUSE TATTICHE A GAZA
Israele, la tregua dei militari
Ira di Netanyahu

di Francesco Battistini

C'è un libro che di questi tempi Bibi Netanyahu tiene sottobraccio. La copertina è quella gialla del Penguin Classics. Il titolo dice molto, *Ascesa e caduta di Atene. Le Vite Parallele di Plutarco*. Il premier israeliano se l'è portato anche alla Knesset, l'altro giorno, e ne è ispirato: un giorno su, l'altro giorno giù, da mesi va così.

continua a pagina 15

Vertice a Bruxelles, si accelera sulle nomine
La strategia dell'Italia per far valere il voto

IL PESO DEL PARLAMENTO
I tre obiettivi per l'Europa
di Enzo Moavero Milanesi

In Europa, dopo le elezioni, il dibattito si concentra sulle rivalità e le possibili alleanze in seno al nuovo Parlamento Ue e sulle nuove nomine che si dovranno fare.

continua a pagina 34

di Francesca Basso Marco Galluzzo e Stefano Montefiori

In serata i capi di Stato e di governo dei 27 Paesi parteciperanno a una cena organizzata dal presidente del Consiglio europeo Michel per discutere su chi ricoprirà i posti di vertice delle istituzioni Ue. Fare presto, è l'imperativo. Intanto, nella Francia verso il voto Mbappé si schiera contro Le Pen.

da pagina 4 a pagina 9

L'INTERVISTA ANTONIO TAJANI
«Un commissario forte e la vice presidenza»

di Paola Di Caro

L'Upe ha vinto, i socialisti no e i liberali hanno avuto difficoltà. Dunque, dice Tajani: «Per gli incarichi apicali ne va tenuto conto. E l'Italia merita un ruolo centrale, un commissario e un vicepresidente».

a pagina 6

VERSLO LA MATURITÀ

Commissari d'esame a scuola: il 15 per cento è in pensione

di Gianna Fregonara

A due giorni dalla prima prova della Maturità non tutte le 14.072 commissioni d'esame sono complete. E se non ci fossero i pensionati sarebbe vera emergenza. Gli uffici scolastici regionali stanno correndo ai ripari nominando i supplenti, che per quasi il 15% saranno professori già a riposo. Si pescherà anche dai precari.

a pagina 27



I parlamentari assenti giustificati

di Milena Gabanelli e Claudia Voltattorni

Un viaggio tra i doveri dei nostri parlamentari, molto ben retribuiti dato che reggono i destini del Paese e devono essere incorruttibili. Un onorevole incassa tra i 13 e i 15 mila euro al mese, può saltare il 70% di votazioni in un giorno e inoltre risulta presente anche se è in missione.

a pagina 12

L'intervista Marianna e Marco: amavamo Dalla e Baglioni



Marianna e Marco Morandi bambini (oggi hanno 55 e 50 anni) con il padre Gianni e la madre Laura Erikari

«Noi, figli di Morandi: il peso del cognome»

di Elvira Serra

È difficile di chiamarsi Morandi. I figli del Gianni nazionale, Marco e Marianna, si raccontano, anche a teatro. «Per il nostro cognome siamo finiti in analisi e da piccoli ci sono mancate le cose banali, come un gelato con papà».

a pagina 25

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Un tempo l'albero di ciliege del nostro giardino in campagna cominciava a vestirsi a festa proprio in questo periodo, gradualmente si riempiva di rosso e di bambini. Piegando i rami carichi ci invitava ad arrampicarci per gustare i suoi frutti «maturi». Un'immagine dell'infanzia che mi torna in mente nei giorni dell'imminente esame di maturità, quando mi chiedo, insieme agli studenti, se siamo «maturi», perché la metafora implica un movimento della vita e il movimento un compimento che riguarda tutti, a qualsiasi età. Il frutto maturo è infatti «colto» perché possa nutrire, così come la persona colta dovrebbe nutrire, non umiliare, con il suo sapere. Il frutto si «raccolge», altra parola che, applicata

Passare la maturità

al campo umano, indica la capacità di concentrarsi per dar frutto, come il ciliegio. Il frutto si dice maturo quando non è acerbo né marcio, ma compiuto. Infatti l'antica radice di *maturus*, la stessa di *matino*, indicava ciò che è buono perché è al tempo giusto. Maturo non è quindi chi raggiunge un'età o passa un esame, ma chi, ciclicamente, porta frutto, come il grano che, seminato in autunno, germinalo in inverno, cresciuto in primavera, colto in estate, ci nutre poi per tutto l'anno. Quali costanti ha quindi la «maturità» ad ogni livello ed età della vita? Siamo noi maturi?
La maturità, se penso a quelle ciliegie, ha tre caratteristiche: vocazione, tempo, lavoro.

continua a pagina 27

GUCCI
Spring Summer 2025
Men's Fashion Show
17.06.2024, ore 14:00
Triennale Milano, Viale Alemagna 6
live su gucci.com

LA SCUOLA

La maturità dei vecchi professori Un commissario su 7 è pensionato

GRAZIA LONGO - PAGINA 18

LA STORIA

L'elementare salvata da Kalid In classe solo i figli dei migranti

MORO ESECCCI - PAGINA 20



IL RACCONTO

Quei miei piccoli alunni stranieri e l'amore per il cinema e Venezia

LAURA EDUATI - PAGINA 21



LA STAMPA

LUNEDÌ 17 GIUGNO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.166 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



IL SUMMIT IN SVIZZERA SI CONCLUDE SENZA L'ADESIONE AL DOCUMENTO FINALE DI 12 PAESI GUIDATI DA BRASILE, INDIA E MESSICO

Pace, lo strappo del Sud globale

Meloni: difendere l'Ucraina significa proteggere ogni nazione. Zelensky: la Cina sia nostra amica

L'ANALISI

Putin in Corea da Kim alleanze "sovietiche"

ANNA ZAFESOVA

Il giallo della settimana, per i cremlinologi, è la visita di Vladimir Putin in Corea del Nord, annunciata ma senza ancora una data precisa. Erano 24 anni che il leader russo non andava a Pyongyang, da quando, ancora presidente ai primi passi, aveva destato preoccupazione, in Russia e all'estero, includendo nel suo itinerario a sorpresa l'ultima roccaforte del comunismo stalinista, che sembrava ormai alla periferia degli interessi e delle affinità di una Mosca tutta rivolta verso Ovest.

Alla Casa Bianca stava per insediarsi George W. Bush, e la sua futura segretaria di Stato Condoleezza Rice teorizzava l'esistenza dell'«Asse del Male», una alleanza di «cattivi» uniti dall'astio verso l'Occidente composta da Corea del Nord, Siria, Bielorussia, Cuba, Zimbabwe, Iran e Iraq. Un quarto di secolo dopo, il dittatore russo torna a Pyongyang.

CONTINUA A PAGINA 3

MONICA PEROSINO, ALBERTO SIMONI

L'integrità territoriale dell'Ucraina deve essere la base di qualsiasi accordo di pace. E il dialogo è necessario per porre fine alla guerra. È il cuore della dichiarazione finale del summit di Bürgenstock. - PAGINE 2 E 3

Il campo larghissimo all'esame della piazza

Alessandro De Angelis

IL RISIKO EUROPEO

Bis di Von der Leyen i motivi del sì di Giorgia

BRESOLIN, LOMBARDO, OLIVO

Doveva essere l'occasione per un primo scambio dopo le elezioni, ma crescono le possibilità che la cena di stasera tra i 27 capi di Stato e di governo possa chiudersi con un accordo sui vertici Ue. - PAGINE 6 E 8

Perché Scholz sbaglia se attacca la premier

FLAVIA PERINA

Dice Scholz che Meloni è estrema destra e in quanto tale dovrebbe essere tenuta fuori dalla futura maggioranza europea, e si vorrebbe capire da quale tipo di esame politico discende questa sintesi brutale. - PAGINA 8

I DIRITTI

Quando la politica entra in ospedale abortire diventa quasi impossibile

VLADIMIRO ZAGREBELSKY



Finito il G7 e l'esibita contrapposizione tra Meloni e Macron, la premier porta a casa l'ecclusione del richiamo all'importanza di «un accesso effettivo all'aborto sicuro e legale». - PAGINA 25

L'INTERVISTA

Mussolini: «La Carta tuteli il nostro corpo»

SIMONETTA SCIANDIVASCI



«Sostenere i diritti le dona». Nessuno ha riportato questa risposta che una ragazza ha indirizzato, su X, ad Alessandra Mussolini, ex europarlamentare di FI, sotto la sua dichiarazione in difesa del Pride. - PAGINA 17

LA SANITÀ

Assistenza domiciliare la cura è un miraggio

PAOLO RUSSO

L'italiano tipo il prossimo decennio sarà un ultrasettantenne, con ancora un bel gruzzolo di anni davanti a sé ma sempre più pieno di acciacchi. I non autosufficienti diventeranno 5 milioni nel 2030. - PAGINA 19

CON FUOCO, MOLINA E NIELSEN TRIONFO ROSSO A LE MANS PER IL SECONDO ANNO DI FILA

La 24 Ore della Ferrari

MATTEO AGEJO, STEFANO SEMERARO

Leclerc: «Voglio sfidare Sinner a padel»

JACOPO D'ORSI

Dopo sei anni, Charles Leclerc ormai ha una seconda pelle rossa. Arriva la notizia del trionfo Ferrari a Le Mans e lui è tra i primi a complimentarsi via social: «Siete i migliori». Poi un pensiero per l'amico Antonio Fuoco: «Ti voglio bene». - PAGINE 22 E 23

ARIMAS GONZALEZ/FP

Io, Tardelli, orgoglioso del paragone con Barella

MARCO TARDELLI

Siamo partiti per un viaggio che potrebbe essere importante per il presente o quantomeno costruttivo per un futuro cui Luciano Spalletti sta già pensando con le convocazioni che ha deciso per questo Europeo. Eravamo preoccupati per la nostra partita di apertura, soprattutto dopo l'errore di Dimarco e non solo. - PAGINA 32



Che spettacolo Bellingham L'Inghilterra piega la Serbia

MATTEO DEL SANTIS

Si sgolano già intonando a squarciagola «Hey Jude» dei Beatles, come se Paul McCartney non l'avesse scritta per Julian Lennon, il figlio di John, gli ostinati credenti alla favola che il Football dovrà prima o poi tornare a casa in Inghilterra. Neanche questa potrebbe essere la volta buona. - PAGINA 35



Giglio
ACQUISTIAMO
DIPINTI, SCULTURE, DESIGN
e ANTIQUARIATO ORIENTALE

Antichità Giglio dal 1978 esperti di Arte e Antiquariato



Chiama o inviaci delle foto

335 63.79.151

info@anticitagiglio.it





Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 188
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2004 art.1 c.1 DC 33/N

NAZIONALE



Lunedì 17 Giugno 2024 • S. Ranieri

IL MERIDIANO

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

Il nuovo romanzo

Masneri scopre la grande illusione della Capitale

Frateff-Gianni a pag. 23



Festa live a Caracalla

Venditti, tre notti prima degli esami (40 anni dopo)

Marzi a pag. 24



Il mito della 24 Ore

Le Mans è rossa la Ferrari firma uno storico bis

Ursicino nello Sport



L'editoriale

OCcidente IN DECLINO, UNA NOTIZIA ESAGERATA

Alessandro Campi

Il mondo occidentale è quello che politicamente coincide con la democrazia. Forma istituzionale e modello sociale che fuori dal suo spazio (più spirituale che geografico) ancora fatica a radicarsi. Un tempo era il suo punto di forza, sul piano dei valori e dell'autocoscienza, oggi sembrerebbe un fattore di debolezza, come secondo alcuni osservatori si è visto nel recente vertice del G7 organizzato in Puglia.

Sulla stampa di mezzo mondo si sono infatti sprecate le ironie (miste talvolta a sincera preoccupazione) sulle leadership occidentali odierne, senescenti e azoppate dai loro stessi cittadini-elettori, nel complesso smarrite e a rischio d'impotenza. Sono costoro quelli che dovrebbero guidare il mondo non riuscendo in certi casi a guidare nemmeno i rispettivi Paesi?

Biden tentennante e confuso a causa dell'età, Macron e Scholz incredibilmente umiliati in casa dall'estrema destra, il britannico Sunak politicamente a fine corsa e dunque inutilmente aggressivo verso i cinesi, Trudeau certo giovane e brillante ma a capo di un Paese che è un ininfluente gigante post-storico, von der Leyen tutta presa solo dalla sua rielezione alla guida dell'Europa, il giapponese Kishida inseguito dall'ombra degli scandali finanziari. La Meloni, infine, la padrona di casa. L'unica solida al governo, ma si conoscono i mali atavici dell'Italia, a partire dal suo debito pubblico fuori controllo.

Continua a pag. 17

Piantedosi: così colpiremo i trafficanti di uomini

► Intervista al ministro «Indagini finanziarie sugli sbarchi illegali»

ROMA «Indagini finanziarie sui trafficanti di uomini». Così il ministro dell'Interno Matteo Piantedosi in una intervista a *Il Messaggero* dopo gli accordi al G7. «Fermeremo i vertici delle organizzazioni che seguono gli incassi».

A pag. 5

Israele si spacca

Pausa tattica a Gaza L'esercito si ferma, Netanyahu s'infuria

TEL AVIV Netanyahu generali è scontro. I militari: stop agli attacchi per consentire l'ingresso degli aiuti umanitari. Il governo irritato.

Genah a pag. 9

L'Italia vuole un ruolo chiave. Mitsotakis: «Von der Leyen ce la farà»

Commissione Ue, la rimonta di Ursula Stasera (la prima) cena delle trattative

dal nostro inviato

Francesco Malfetano

BRUXELLES La rimonta dell'Ursula-bis. «È garanzia contro Mosca». Stasera a Bruxelles

L'incontro tra i leader Ue: la premier Meloni si aspetta un ruolo di peso. Il capo del governo greco Kyriakos Mitsotakis: «Ci sarà l'accordo su von der Leyen».

A pag. 4



Il Sud del mondo con Putin

► Documento finale nel vertice in Svizzera: «L'Ucraina non si tocca». Meloni: la pace non è resa Ma i Brics e l'Arabia non votano. E irrompe Trump: troppi soldi a Kiev, questa cosa deve finire

Tre anni dopo l'infarto segna l'ex Inter. Scontri e feriti in Germania



Il personaggio
IL GOL DEL CUORE MATTO
Piero Mei

«Il malore di tre anni fa? Sono passato a tre anni (...)»

Continua a pag. 17

Europei, la favola Eriksen e l'incubo degli hooligan

Eriksen segnò ieri con la Slovenia tre anni dopo l'infarto del 12 giugno 2021 ai precedenti Europei

Nello Sport

LUCERNA «L'Ucraina non si tocca». Ma 12 Paesi alla conferenza di pace non firmano il documento.

Bechits Miglionico alle pag. 2 e 3

«Il killer di Michelle usa i social dal carcere contro le sue amiche»

► Roma, la denuncia dei genitori della ragazza uccisa e abbandonata in un carrello della spesa

Alessia Marani

«Un anno fa ha trafitto nostra figlia con 36 coltellate, abbandonandola su un carrello del supermercato, e ora che fa dal carcere? Invia messaggi alle sue amiche e crea profili Instagram attraverso cui spiare i loro social».

A pag. 15

Il delitto di Cesa

L'appello del sindaco «Non postate i video dei fratelli assassinati»

CASERTA I fratelli Marrandino uccisi in strada, dopo una lite. C'è un caso social. L'appello del sindaco: «Non postate i video».

Rosselli a pag. 15

Ma sarà caro-vacanze

Turismo, in Italia numeri da record «Impatto sul Pil»



Giacomo Andreoli

Sarà un'estate da record per il turismo in Italia (più 1,5%), grazie al traino degli stranieri.

Alle pag. 12 e 13

SPADA ROMA
spadaroma.com

Il Segno di LUCA

SEGNO DEL CANCRO AMORE E MAGIA

Oggi nel tuo segno entrano ben due pianeti, che creano una sottile metamorfosi. Mercurio, favorisce il movimento e la comunicazione. Venere diventa tua preziosa alleata soprattutto per gli affari di cuore e per l'amore, che la nuova posizione della Luna, appena entrata nel segno di Scorpione, colora a sua volta di una tonalità passionale ricca di sensualità. Insomma, la settimana inizia forte, di certo non correrai il rischio di annoiarti!

MANTRA DEL GIORNO Dalle piccole cose grandi cambiamenti.

L'oroscopo a pag. 17

* Tante con altri quotidiani (non acquistabili separatamente) con il servizio di Messa, Luce, Brindisi e Taranto. Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica con l'abbonamento € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Mezzogiorno, il Messaggero - Primo Piano € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50. Tante per sé: La vita secondo Nina Martini € 1,50; Paolo Rostani.

LA SANITÀ

Assistenza domiciliare la cura è un miraggio

PAOLO RUSSO

L'italiano tipo il prossimo decennio sarà un ultrasettantenne, con ancora un bel gruzzolo di anni davanti a sé ma sempre più pieno di acciacchi. I non autosufficienti diventeranno 5 milioni nel 2030. - PAGINA 19

Baratro assistenza domiciliare

Nel 2030 i non autosufficienti saranno 5 milioni ma l'aiuto a casa per molti rimane un miraggio. E il servizio offerto è di appena 18 ore l'anno contro le 20 al mese previste dagli standard Ue

PAOLO RUSSO

L'italiano tipo il prossimo decennio sarà un ultrasettantenne, con ancora un bel gruzzolo di anni davanti a sé ma sempre più pieno di acciacchi. Perché se le persone non autosufficienti sono già 2,9 milioni diventeranno 5 milioni su 20 milioni di over 65 nel 2030. E non bisogna essere illustri epidemiologi per capire che andrà aumentando anche la popolazione che necessita di essere curata e assistita in casa propria. Ma l'Adi, l'assistenza domiciliare integrata, resta un miraggio per i più.

Anche se, a vedere chi ne ha usufruito almeno una volta durante l'anno, non siamo poi troppo distanti da quel target del 10% della popolazione ultrasessantacinquenne indicato dalle linee guida internazionali e an-

che dal Pnrr, che per potenziare i servizi a domicilio stanziava un bel gruzzolo, pari a 2,7 miliardi.

L'ultimo rilevamento di Agenas, di pochi giorni fa, parla infatti di 529mila anziani in più che hanno beneficiato dell'Adi nel corso del 2023, che sommati ai 459mila in carico l'anno precedente fanno quasi un milione, 988mila per l'esattezza, pari al 6,9% degli over 65. Bene si dirà. «Nemmeno per sogno», replica secco Alessandro Chiarini, presidente Confad, il Coordinamento nazionale delle famiglie con disabilità, ossia uno che i problemi li tocca con mano quotidianamente. Che il quadro sia tutt'altro che edificante ce lo mostra con altri numeri. Quelli di un rapporto del ministero della Salute che, quantificando in circa due milioni la quota di popolazione assistita in un anno a domicilio,

svela poi l'arcano, indicando in sole 18 ore l'anno quelle di assistenza offerte contro le 20 minime, ma mensili, ritenute a livello internazionale necessarie per consentire a un non autosufficiente di restare a casa senza peggiorare. Diciotto ore contro le 2.404 che servirebbero come minimo sindacale, ossia lo 0,7% di quel che sarebbe necessario, tanto per capirsi meglio. E le cose vanno ancora peggio dopo la pandemia.

Una recente indagine dell'Osservatorio malattie



rare ha rilevato che nel 60% dei casi le prestazioni sono molto diminuite e in un altro 8% si è comunque avuta una riduzione delle ore erogate. Insomma in 7 casi su dieci si è persino andati indietro anziché avanti.

Secondo un sondaggio della Confad, durante la pandemia il 65% degli intervistati ha dichiarato di non aver avuto nessun contatto con i centri di riferimento, con la drammatica conseguenza che non è stato attivato nessun servizio (fisioterapia, logopedia, infermiere, operatore socio sanitario, educatore). Nel 74% dei casi non c'è stata nemmeno un'offerta di assistenza da remoto e i servizi sul territorio hanno evidenziato uno stato di caren-

za tale per cui nell'80% dei casi i servizi non erano previsti oppure, se attivi, sono stati interrotti.

Un problema per chi ha bisogno di assistenza e un costo maggiore per le casse dello Stato, «visto che dove si fa meno Adi aumentano i ricoveri», fa notare Salvatore Pisani, epidemiologo e direttore del centro studi Fismu, sindacato dei medici territoriali. «E quando si leggono quei numeri risibili sulle ore di Adi da erogare agli anziani bisogna considerare che il problema è ancora più grave al Sud, dove - spiega ancora Pisani - sia per ragioni culturali che per le difficoltà a sostenere le spese della retta in Rsa, molti anziani non autosufficienti vengono assisti-

ti in casa, con grande sacrificio dai familiari».

Comuni e Servizio sanitario nazionale, si sa, sono da sempre alle prese con buchi di bilancio «e a pensar male si potrebbe dire che questa è la causa della disinformazione sul come attivare i servizi, che raramente Asl e Comuni comunicano a chi ne avrebbe diritto», spiega a sua volta Chiarini.

E poi, l'assistenza domiciliare «è molto tarata sulla popolazione anziana, disapplicando di fatto la legge 328 del 2000, che affida ai Comuni il compito di attivare progetti di vita indipendente anche a persone di età inferiore, mentre l'assistenza a ragazzi e bambini sotto i 14 anni spesso non è proprio con-

templata», denuncia sempre il presidente Confad.

C'è poi il problema di chi eroga l'Adi, sempre più affidata a cooperative private, «che spesso contingentano il personale, magari inviando operatori socio-sanitari anziché infermieri, fisioterapisti e medici», precisa Chiarini.

Ora il Pnrr dovrebbe aiutare ad implementare l'offerta di servizi. Ma ancora una volta si rischia di far messa senza il prete, perché sul mercato scarseggiano proprio infermieri e fisioterapisti. Le figure cardine di un'assistenza domiciliare negata, offerta a un numero maggiore di italiani, ma sempre più con il contagocce. —

Servizi sempre più affidati ai privati, che lesinano sul personale qualificato

In pandemia, il 65% degli intervistati non è mai stato contattato dai servizi

I numeri



Fallimento
L'assistenza domiciliare in Italia è risultata fallimentare a causa della mancanza di fondi e della scarsa pubblicità dei servizi

1.988.000

Sono gli over 65 che hanno beneficiato dell'assistenza domiciliare nel 2023

18

Le ore di affiancamento erogate in un anno a ciascun anziano contro le 2404 necessarie

60%

È la quota di prestazioni diminuite, cui si aggiunge l'8% di riduzione delle ore

74%

Sono gli anziani che non hanno nemmeno ricevuto la proposta di attivazione del servizio



Nel Fondo premio 25% alle regioni

A partire dal 2027 sarà previsto un nuovo meccanismo premiale che si applicherà al Fondo per l'implementazione del Piano nazionale oncologico 2023-2027 già dotato di 10 milioni di euro per ciascun anno destinati al potenziamento delle strategie e delle azioni per la prevenzione, la cura e l'assistenza del malato oncologico. E' quanto previsto dallo schema di decreto di integrazione del decreto dell'8 novembre 2023 del Ministero della Salute recante il riparto per il Fondo per l'implementazione del Piano nazionale oncologico 2023-2027 approvato nella riunione del 30 maggio dalla Conferenza Sta-

to Regioni. Nello specifico il 25% delle risorse, riferite all'anno 2027, già ripartite tra le Regioni, costituirà la quota premiale ai sensi dell'articolo 4 comma 9-bis come modificato dalla legge del 10 agosto 2023 n.112 di conversione del decreto legge del 22 giugno 2023 n.75. Inoltre il provvedimento prevede l'istituzione, presso l'ex Direzione generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, di un Coordinamento generale delle reti oncologiche, in attuazione delle linee guida organizzative per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera con quella territoriale già approva-

te dalla Conferenza Stato Regioni nella riunione del 17 aprile 2019. Tale coordinamento sarà composto da due rappresentanti del Ministero della salute, da un rappresentante di Agenas (Agenzia dei servizi sanitari regionali), un rappresentante dell'Agenas Nazionale per il Farmaco, da un rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità, da tre rappresentanti delle Regioni, da un rappresentante individuato dalle associazioni per i pazienti e cittadini. Lo scopo del Coordinamento sarà quello di rivestire un ruolo strategico di armonizzazione e di riorganizzazione dell'as-

sistenza oncologica con funzioni di indirizzo nei confronti dell'Osservatorio per il monitoraggio e la valutazione istituito presso l'Agenas.

Pasquale Quaranta



Dir. Resp.: Luciano Fontana

📌 Il corsivo del giorno

di **Sergio Harari**

TRE SPUNTI PER IL GOVERNO DELLA SANITÀ

Ora che le polemiche dell'ultima campagna elettorale vanno affievolendosi si può tornare a parlare seriamente dei problemi del Paese, tra i quali la sanità occupa una delle primissime posizioni. Tre diversi spunti, tra loro solo apparentemente lontani, devono far riflettere. *Lancet*, che non è certo una rivista di parte, ha pubblicato una dettagliata analisi critica dei pericoli dell'autonomia differenziata che aggraverebbe le disuguaglianze sanitarie in Italia, minando la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn). Nelle stesse settimane l'Istat ha

licenziato il suo report annuale nel quale tra l'altro si legge: «si osservano disuguaglianze socioeconomiche anche per la mortalità per tumori della popolazione adulta, con uno svantaggio che aumenta al diminuire del livello di istruzione». Lo stesso documento segnala come 4,5 milioni di italiani nel 2023 abbiano rinunciato a visite e accertamenti per problemi economici. Il terzo tassello è la recente approvazione del decreto-legge sulle liste di attesa che, al di là degli ammirevoli sforzi del ministro Schillaci, difficilmente potrà realizzare significativi miglioramenti, sia per

l'assenza di una adeguata copertura economica, sia perché non affronta alla radice il problema ma solo la punta dell'iceberg di un servizio sanitario sempre più in crisi. Una deriva americana è dietro l'angolo, l'universalismo sul quale si basa il nostro Ssn già oggi non è più garantito mentre le differenze regionali nell'accesso alle cure sono sempre più evidenti (nel 2022 nelle regioni del Nord lo screening mammografico ha avuto una adesione del 54%, in quelle del Sud del 26%). Cronicità e non autosufficienza sono le grandi sfide che ci attendono e che devono essere affrontate con coraggio e determinazione, il governo del sistema

salute va ripensato urgentemente nel suo complesso per evitare sperequazioni sociali che metterebbero in forse non solo il benessere dei cittadini ma anche la stabilità del Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'emergenza in sala operatoria

Corsa a diventare chirurghi estetici E l'ospedale resta senza medici

“Un intervento vale un mese di stipendio in ospedale”
Così le scuole di specializzazione sono piene
Deserte invece quelle per operare al cuore o al torace

di Michele Bocci

Quando si tratta di scegliere se impugnarne un bisturi, i giovani laureati in medicina hanno le idee molto chiare. Preferiscono tirare fuori dallo sterilizzatore gli strumenti necessari per gli interventi estetici piuttosto che quelli che si usano per curare tumori o altri problemi più o meno gravi. A dirlo sono i risultati degli ultimi bandi per le scuole di specializzazione universitarie, quelli assegnati a fine anno scorso (in questi giorni iniziano le selezioni per il 2024).

Se ci fossero ancora più borse in chirurgia plastica ed estetica rispetto alle 119 messe a disposizione, sicuramente verrebbero tutte prese. Il 97% dei posti, cioè 116, nel 2023 è infatti stato occupato. Tre sono rimasti vacanti solo perché i dottori che li avevano ottenuti hanno poi cam-

biato idea e si sono spostati in altre specializzazioni.

Le altre discipline chirurgiche, invece, sono in affanno e restano ben distanti dall'occupare tutti i posti. Il caso più eclatante è quello della chirurgia generale, dove di 686 borse ne sono state assegnate 260, cioè appena il 38%. «La nostra specialità è sempre meno attrattiva – spiega Vincenzo Bottino, presidente di Acoi, l'associazione dei chirurghi ospedalieri – Il problema sono i contenziosi medico-legali, sempre più diffusi, e il fatto che ci occupiamo spesso di emergenza. I chirurghi plastici rischiano il contenzioso pure loro ma generalmente i loro sono interventi più semplici».

Tra l'altro li svolgono principalmente nel privato. Quel tipo di chirurgia, infatti, spinge i professionisti verso gli ambulatori e le cliniche dove vista la richiesta di ritocchi di vario genere, anche da parte di ragazze che chiedono ai genitori come regalo le protesi al seno, fanno ottimi affari. Nel pubblico restano quelli che si occupano di patologie oncologiche, come il melanoma e gli altri tumori della pelle, o di ricostruzioni dopo traumi e malattie.

«Abbiamo difficoltà a trovare colleghi che lavorino con noi in ospedale – spiega Lorenzo Borgognoni, che coordina il gruppo chirurgico

nazionale dell'Imi, l'Intergruppo melanoma italiano, e dirige la chirurgia plastica e ricostruttiva e centro di riferimento toscano per il melanoma, all'ospedale di Ponte a Niccheri a Firenze – Molti professionisti percorrono la strada privata. Pochi scelgono la chirurgia ricostruttiva, ad esempio la chirurgia plastica oncologica. Con i colleghi degli altri ospedali ci confrontiamo spesso perché constatiamo la carenza di candidati nei concorsi per dirigenti medico in ambito nazionale».

Gran parte degli specializzati sceglie la chirurgia estetica. «È comunque un settore con una sua dignità – dice Borgognoni – ed è importante che ad occuparsene siano persone preparate, specialisti ben formati. Scelgono in tanti quella strada perché con un intervento guadagnano quanto prende un ospedaliero in un mese di lavoro». Poco conta



se chi sta nel pubblico si occupa di casi più gravi. Per far comprendere gli aspetti positivi nel lavoro all'interno dell'ospedale, Acoi, spiega ancora Bottino, sta preparando «una campagna educativa nelle scuole, anche tra chi è iscritto ai primi anni di medicina. I giovani sono spaventati dalla chirurgia, vedono ostacoli e difficoltà mentre la gratificazione che dà salvare la vita delle persone oggi sembra sia secondaria».

La specialità che assegna meno borse di specializzazione, 28 e cioè appena il 30% del totale, è la chirurgia toracica, un'altra disciplina prettamente pubblica. Del resto, i privati non sono interessati a fare inter-

venti complessi come quelli sul tumore al polmone. Mario Nosotti è ordinario e presidente eletto della società scientifica della chirurgia toracica. «Per noi, intanto, c'è un problema di accesso alla specialità. Prima che il concorso fosse unico e nazionale, ogni settore faceva i suoi bandi. E così gli studenti di medicina venivano prima a vedere come si lavora in chirurgia toracica. Adesso la nostra branca è diventata di nicchia, poco conosciuta. Inoltre, il lavoro è impegnativo, richiede dedizione e infatti qualcuno dopo aver visto per un anno come funziona cambia».

Per Nosotti, infine, c'è un tema

più generale: «I medici devono essere pagati meglio, recuperare un ruolo che hanno perso, e se ci facessero fare meno burocrazia potremmo dedicarci di più al lavoro, cosa che ci farebbe diventare più attrattivi per i giovani colleghi e al contempo ridurrebbe le carenze degli organici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fanno interventi più semplici, quindi meno contenziosi e niente stress da emergenza

VINCENZO BOTTINO
PRESIDENTE DI ACOI

***Tutti fuggono nel privato
Negli ospedali siamo sempre più soli***

LORENZO BORGOGNONI
COORDINATORE DELL'IMI

Siamo poco attrattivi perché ci fanno fare troppa burocrazia. E servono paghe più alte

MARIO NOSOTTI
PRIMARIO DI CHIRURGIA TORACICA



Bocciata la ricostruzione del reddito basata sui soli certificati medici

Lavoro autonomo

Illegittimo l'avviso su prestazioni non fatturate: è consentita la gratuità

L'ufficio avrebbe dovuto fornire documenti a riprova dell'onerosità del servizio

Rosanna Acierno

È illegittimo l'accertamento con cui l'ufficio, sulla base del mero confronto tra le prestazioni professionali risultanti dalle banche dati consultabili dal Fisco rispetto a quelle fatturate e dichiarate, contesta al professionista la gratuità dei servizi resi e, senza addurre alcuna prova, presume in capo all'interessato un maggiore reddito non dichiarato.

In forza dell'articolo 7, comma 5-bis del Dlg 546/92, spetta infatti all'ente impositore dimostrare in maniera circostanziata e puntuale – e dunque attraverso prove documentali e non mere presunzioni – le ragioni su cui si fonda la pretesa.

Sono queste le principali conclusioni cui è giunta la Corte di giustizia tributaria di primo grado di Trieste, con la sentenza n. 96/2/2024 del 16 maggio scorso (presidente Rovis, relatore Fadel), pronunciandosi sulla illegittimità di accertamenti, molto frequenti, basati sulla presunzione del carattere necessariamente oneroso delle prestazioni professionali.

Da sempre, infatti, secondo l'amministrazione finanziaria, anche in presenza di una contabilità formalmente regolare, sarebbe legittimo procedere con l'accertamento presuntivo di prestazioni professionali rese e non fattu-

rate, in quanto l'omessa fatturazione rappresenterebbe una condotta manifestamente antieconomica e la gratuità delle prestazioni non sarebbe verosimile nei confronti di soggetti diversi dai congiunti del professionista.

In particolare, la pronuncia in commento trae origine da due avvisi di accertamento emessi per i periodi di imposta 2016 e 2017 nei confronti di un medico militare con conseguente rettifica del maggiore reddito imponibile sulla base del mero scostamento tra i dati rinvenuti presso il ministero delle Infrastrutture e Trasporti in merito ai certificati rilasciati per le patenti di guida e le prestazioni dallo stesso fatturate e dichiarate.

Impugnati gli atti impositivi dinanzi alla collegio di Trieste, il medico ricorrente ne eccepiva l'illegittimità per violazione dell'onere della prova di cui all'articolo 7, comma 5 bis del Dlg 546/92 e per infondatezza della pretesa, facendo rilevare che, per consuetudine, nello svolgimento dell'attività certificativa per il rilascio delle patenti di guida, era solito fornire prestazioni gratuite agli appartenenti alle Forze Armate, nonché ad altri colleghi medici e ai loro parenti, senza dunque fatturarle e dichiararle; a sostegno di tale assunto, produceva alcune dichiarazioni rese proprio dai soggetti che avevano ricevuto le prestazioni a titolo gratuito.

L'ufficio, invece, costituitosi in giu-

dizio, chiedeva il rigetto del ricorso, ritenendo che fosse assolutamente ragionevole presumere il carattere oneroso dell'attività professionale.

Nell'accogliere il ricorso del medico militare e richiamando alcune pronunce di legittimità, il giudice di primo grado ha, innanzitutto, precisato che per le prestazioni professionali l'onerosità è elemento normale, ma non essenziale. Di conseguenza, ai professionisti è consentita la prestazione gratuita per benevolenza, affetto o anche nella prospettiva di conseguire successivamente un vantaggio.

Pertanto, considerata tale possibilità concessa al professionista di rendere i propri servizi a titolo gratuito e senza pretendere alcun compenso, laddove intenda contestarne la mancata fatturazione, l'ufficio accertatore ha l'onere di fornire, in maniera rigorosa (attraverso prove circostanziate) e non (come finora accaduto) mediante mere presunzioni, la prova della onerosità della prestazione resa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



14 giu
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IMPRESE E MERCATO

Cantiere Ssn/ Proposta “pro sostenibilità”: extra budget sì ma per pagare lo sgravio delle liste d’attesa

di *Ettore Jorio*

Evaporati i fumi della campagna elettorale, pervasa di temi interni e avulsa da quelli europei, persino da quelli fondamentali, può cominciare a discutersi seriamente di sanità. Ciò nel senso di andare ben oltre il Dl del 7 giugno 2024 n. 73, del Ddl licenziato dal Governo il 4 giugno scorso e la proposta in atti parlamentari dai primi di maggio di quest’anno.

Insomma, l’organizzazione sociosanitaria è da rifondare, nell’ottica ovviamente dell’abbandono del criterio della spesa storica che, in alcune aree del Mezzogiorno, ha distrutto persino l’esistente. Quello territoriale ereditato dalle condotte, dalla costante vigilanza assicurata dai già medici e veterinari provinciali, dal sistema mutualistico e dalla rete degli enti ospedalieri, fatta di presidi vetusti, alcuni addirittura risalenti a prima della seconda guerra mondiale, cui sono stati mutati, con l’avvento del Ssn, il conseguente status giuridico e la denominazione.

Il compito in classe del Governo

Fondamentale per un corretto cambiamento in melius è pensare alla riscrittura dell’aziendalismo, il criterio che non ha funzionato ovunque nell’esercizio del sistema pubblico tradizionale, fatta eccezione per i 21 Irccs non privati ove a governarli sono stati preposti “campioni d’incasso”. Al riguardo, basti pensare - mettendoli a confronto con il prodotto negativo medio dei Dg di nomina regionale, senza contare i successi guadagnati dai 30 Irccs di condizione privata - a titolo di esempio geograficamente diffuso: al Carlo Besta (Mi), all’Istituto nazionale dei tumori (Mi), al Rizzoli (Bo), al San Matteo (Pv), al Gaslini (Ge), all’Inrca (An), al Meyer (Fi), allo Spallanzani (Rm), al San Gallicano (Rm) e al Pascale (Na). A ben guardare, un mondo diverso diviso tra Irccs che funzionano e attraggono l’utenza bisognosa a iosa (molto quelli privati compresi quelli di estrazione vaticana) e il resto che è ulteriormente suddiviso tra Aou che eccellono (nonostante tutte tranne uno, Salerno, senza un Dpcm che le riconosca come tali) e Asl/Ao che arrivano, in alcune aree del Paese, a “fare pena”.

Gli step e le prove da sostenere

A fronte di un tale tema, ovverosia della riscrittura del sistema salute, una revisione fondamentale riguarda la disciplina della concorrenza amministrata. Con essa, la necessità di rivedere la rotta in tema di finanziamento dell’erogazione privata. Preliminare a questo obiettivo è la ripresa nella giusta considerazione del criterio della regressione tariffaria e l’individuazione di una diversa soluzione su tre grandi problemi: l’essere rispettosi delle regole del mercato e della concorrenza, il non incidere rovinosamente sul bilancio pubblico e il risolvere il problema delle liste di attesa. Fatta questa premessa occorre andare nello specifico di come si possa ben disciplinare



un rapporto di concorrenza amministrata tra erogatori, pubblici e privati, considerata come quella forma di quasi mercato che non distingue tra enti erogatori e fornitori di prestazioni, entrambi destinati a rendere esigibili i Lea a carico del Ssn, quanto ai privati accreditati in regime di contratto stipulato con le aziende sanitarie. Quanto a quest'ultime sino alla concorrenza del budget convenuto.

Risalendo quindi al tema della idoneità/abilitazione del privato erogatore si rende necessario affrontare un tema posto in essere sulla pretesa dell'Ue. Una delle leggi cui l'Ue sottopone il godimento delle risorse del Pnrr è quella annua delle concorrenze. Ebbene, in tal senso c'è stata quella per il 2021 (legge 118/2022), che ha sensibilmente modificato, all'art. 15, gli artt. 8 quater e quinquies del d.lgs. 502/1992. Pertanto, dalla vigenza della predetta legge del mercato e della concorrenza 2021 si è tuttavia registrata, da parte di tutte le Regioni, la mancata applicazione delle modifiche introdotte agli anzidetti articoli disciplinanti le procedure di rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale e quelle di selezione degli accreditati da contrattualizzare con il Ssn.

Le legge per il mercato e la concorrenza per il 2021 ha cambiato tutto (sulla carta, però) in tema di criteri di rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale e di stipulazione dei contratti degli accreditati con le aziende sanitarie.

L'accREDITAMENTO avrebbe già dovuto essere da tempo concesso in relazione alla qualità e ai volumi da erogarsi per il soddisfacimento del fabbisogno e, quanto al rinnovo e alla sua estensione, sulla base dei risultati dell'attività svolta, da doversi quindi misurare annualmente anche in termini di qualità erogativa.

I contratti sarebbero da stipularsi, da oltre due anni, con le aziende sulla base della programmazione sanitaria regionale, che quindi andrebbe fatta bene al fine di determinare il ricorso alla erogazione privata per tipologia di prestazione. Un valore non facile da ottenersi se non sulla base di attente verifiche periodiche e minuziosi monitoraggi dell'accaduto assistenziale. Dunque, con la nuova disciplina viene insediata una salutare procedura agonistica per selezionare il soggetto da contrattualizzare. Ma a fronte di tutto questo, tutto è rimasto come prima.

L'extrabudget (finalmente) a buona destinazione, a tutto vantaggio delle liste di attesa

Altro tema, riguardante da vicino il rapporto tra Ssn e accreditati/contrattualizzati afferisce all'annoso problema del budget e del suo indiscusso rispetto.

Ed è proprio il tema dell'extrabudget, corrisposto indebitamente per anni dalla quasi totalità delle aziende sanitarie con il bene tacito della rispettive Regioni, a suggerire una ipotesi utile a rimediare alle liste di attesa, quanto soprattutto a quelle di diagnostica chimico-clinica e per immagini nonché alle cure strumentali dedicate, nell'indispensabilità, ai pazienti oncologici ma anche di interventi di routine in regime di ricovero, anche diurno.

Il budget è inseparabilmente combinato con la cosiddetta regressione tariffaria, due concetti giuridico-economici che vanno approcciati con un corretto percorso semantico. Il primo (l'extra-budget) vorrebbe dire nella sanità - in una metodologia che trova nel significato di budget economico la disponibilità massima, pertanto invalicabile, delle risorse messe a disposizione di una controparte contrattuale sanità, solitamente un erogatore - una somma che supera quanto individuato come limite in un contratto. Da qui, sempre nell'organizzazione della tutela della salute, configura prestazioni rese oltre, per l'appunto, il budget e in quanto tali non retribuibili, neppure in via straordinaria.

E' quanto afferma un'ampia giurisprudenza civilistica, amministrativa, contabile e costituzionale che non lascia spazio alcuno a diverse interpretazioni. Anzi comporterebbe, nell'ipotesi in cui un siffatto extra-budget fosse stato già corrisposto, la sua ripetizione per indebito, fermi restando i limiti temporali prescrittivi, con conseguenti responsabilità erariali di chi lo ha consentito.

La seconda (la regressione tariffaria) assumerebbe un lampante significato, ovvero si indicherebbe un processo comportante la decrescenza economica di una tariffa convenuta. Insiediato in una stretta comparazione con l'extra-budget starebbe a significare che si opera una diminuzione delle tariffe (di qualunque tipologia esse siano)

sino a rimanere nei confini del budget concepito e negoziato.

Ad un tale limite si è invece opposta una brutta abitudine da parte del sistema gestorio del Ssn, sia da parte delle aziende sanitarie che delle Regioni, con il bene placido anche del sistema audit e di revisione.

La sentenza della Sezione regionale di controllo per il Lazio n. 148/2023 lo ha messo ampiamente in luce, in sede di parificazione del rendiconto consolidato della Regione, dimostrando quanto sia consapevolmente eluso nell'intero Paese il criterio del budget degli erogatori privati. Una scoperta grave dell'attento Giudice dei conti che ha fatto emergere nel consolidato della sanità regionale laziale artifici contabili per circa un miliardo di euro, dei quali la maggior parte tendenti a fare passare per crediti centinaia di milioni di indebiti da ricevere in restituzione, poi destinati ad andare a finire "per vecchiaia" in diminuzione del patrimonio netto, ma senza passare dal conto economico a titolo di insussistenza dell'attivo/sopravvenienza passiva.

L'evento invero genera la formazione di una soluzione che, di fatti, inciderebbe a risolvere o quantomeno ad attenuare il dramma delle liste di attesa. Essa consisterebbe nel destinare, quanto sino a oggi pagato indebitamente a titolo di extrabudget agli erogatori, a retribuzione premiale in favore di chi di loro contribuisce a diminuire concretamente i tempi di attesa dell'utenza, secondo le scansioni temporali e i risultati fissati da Governo e Regioni. Il tutto da sottoporre alla vigilanza costante dell'istituto Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di cui all'art. 2 del decreto legge del 4 giugno scorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quando la politica entra in ospedale abortire diventa quasi impossibile

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Finito il G7 e l'esibita contrapposizione tra Meloni e Macron, la premier porta a casa l'esclusione del richiamo all'importanza di «un accesso effettivo all'aborto sicuro e legale». - PAGINA 25



QUANDO LA POLITICA RENDE L'ABORTO QUASI IMPOSSIBILE

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Finito il G7 e con esso la esibita contrapposizione tra Giorgia Meloni ed Emmanuel Macron, la presidente del Consiglio, per il suo campo, porta a casa l'esclusione dalle 36 pagine delle Conclusioni del richiamo all'importanza dell'assicurare «un accesso effettivo all'aborto sicuro e legale». Quella formula invece compariva nel testo approvato dal precedente G7 di Hiroshima. Si tratta di dichiarazioni politiche, scarsamente impegnative: messaggi, in questo caso, bandiere sventolate per essere mostrate alle rispettive parti di società. Le conseguenze di una simile dichiarazione, per quel che dice e per quel che invece ha eliminato, si vedranno prevedibilmente in Italia non nella introduzione di nuove leggi, ma nel concreto vivere delle norme già presenti nella legge n. 194 del 1978 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza). Una legge che ha superato nel 1981 il referendum che la voleva abolire. Da parte governativa, si nega di volerla modificare; in gioco però è la sua concreta applicazione.

Il tema dell'aborto è oggetto di forti contrapposizioni, che investono anche il livello legislativo e addirittura quello costituzionale. Così in Europa vi sono state proposte nell'ambito del Parlamento europeo di seguire la Francia, che con legge costituzionale ha riconosciuto «la libertà garantita alla donna di accedere a una interruzione volontaria di gravidanza». La norma è stata approvata escludendo testi iniziali che menzionavano un diritto all'aborto. Esoprattutto si apre dicendo che «la legge determina le condizioni nelle quali si esercita la libertà... ecc.». È naturale che sia così: la rivendicazione di un diritto all'aborto dice poco se si rimette alle condizioni stabilite dalla



legge. Oppure è inaccettabile se vuole intendere che l'interruzione della gravidanza sarebbe una libera facoltà in capo alla donna incinta. Quest'ultima versione, adatta a slogan per le manifestazioni («il corpo è mio e lo gestisco io»), esclude ogni forma di protezione e, tra i diversi ineludibili problemi, ignora quello dei tempi lungo i quali l'embrione si sviluppa divenendo feto per predisporre alla nascita. Impossibile ignorare la natura dell'embrione e del feto umano, che pure generalmente non si menziona da parte di chi rivendica per sé un diritto all'aborto. Fu una voce laica, quella di Norberto Bobbio, ad osservare che qui non si applica la regola liberale enunciata da John Stuart Mill secondo la quale «su sé stesso, sulla sua mente e sul suo corpo, l'individuo è sovrano». Sarebbe infatti abusivo appoggiarsi a quel sacrosanto principio quando, come nel caso dell'aborto, in gioco vi è anche il futuro di un altro. Di quest'altro è incerta la assimilazione alla nozione di persona, titolare prima di tutto del diritto alla vita: come e a partire da quando? E con quale peso quando vi si contrappongono i diritti e gli interessi della donna? La maggior parte delle legislazioni considera lo sviluppo della gravidanza nel tempo, con diversa regolamentazione man mano che il feto si sviluppa. La legge italiana stabilisce una procedura per ammettere l'aborto, nei primi 90 giorni, in situazioni rispetto alle quali risulta decisiva la valutazione della donna. Successivamente è solo ammesso l'aborto terapeutico (pericolo per la vita della donna o patologie del nascituro). La legge corrisponde alla posizione della Corte costituzionale: «non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare».

Ma se la legge n. 194 adotta un ragionevole bilanciamento tra esigenze gravi contrapposte, quale è la realtà effettiva: quella che incontrano le donne secondo le regole proprie dei primi 90 giorni di gravidanza? E come su quella realtà influirà quello che non dice il documento del G7? La legge italiana non verrà cambiata, ma in che senso evolverà la sua applicazione concreta? La questione riguarda la disponibilità e concreta accessibilità delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Vi sono zone in cui il numero massiccio di medici obiettori rende di fatto inoperante il servizio pubblico stabilito dalla legge n. 194. Per questo il Comitato europeo dei diritti sociali ha accolto ricorsi contro l'Italia, constatando che lo Stato non assicura l'applicazione della legge.



Non si tratta di mettere in discussione il riconoscimento della obiezione di coscienza. Come ha affermato il Comitato nazionale di bioetica—organo di consulenza della Presidenza del Consiglio—a fronte della mancanza di valori condivisi in materia bioetica essa non può essere sostituita con lo strumento legislativo e le sue procedure maggioritarie. Ma lo stesso Comitato ha riconosciuto che l'obiezione può essere «piegata a strumento di sabotaggio nelle mani di minoranze fortemente organizzate oppure oggetto di abuso opportunistico da parte di singoli», cosicché ha raccomandato «la predisposizione di un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento, negli ambiti della bioetica in cui l'obiezione di coscienza viene esercitata, che può prevedere forme di mobilità del personale e di reclutamento differenziato atti a equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero degli obiettori e dei non obiettori». Ma soprattutto occorre che le singole strutture del Ssn predispongano adeguate misure organizzative, in modo da rimuovere le cause delle molte obiezioni motivate da considerazioni, anche giustificate, diverse da quelle etiche e legate all'organizzazione dei servizi ospedalieri.

Ma, dopo il messaggio che giunge dalla posizione governativa al G7, quale concreto atteggiamento prenderà una Sanità così politicamente condizionata (nomine, promozioni)? Senza toccare il testo di legge, verrà assicurato un «accesso effettivo all'aborto sicuro e legale», oppure verranno mantenute e addirittura apprezzate le attuali difficoltà? L'aria che tira induce a temere che la vicenda svoltasi al G7 non rimanga priva di negativi effetti. —



CONSULTA

Sul fine vita no a forzature interpretative

GIOVANNI MARIA FLICK

A pagina 19

Verso la sentenza della Corte costituzionale sul suicidio assistito

FINE VITA, I PALETTI DELLA CONSULTA E IL NO A FORZATURE INTERPRETATIVE


GIOVANNI MARIA FLICK

La Corte costituzionale nel 2019 ha ricordato la necessità di un intervento del Parlamento per regolare in maniera organica il fine vita. La legge richiesta dalla Corte non è stata adottata, nonostante l'approvazione di un disegno di legge da parte di un ramo del Parlamento nella precedente legislatura e la presentazione di altre proposte nel corso di quella attuale. Molti ritengono (fra cui il sottoscritto) che l'inerzia del Parlamento su questo tema non sia più accettabile, ma a questo punto occorre chiedersi se ciò non sia frutto di una scelta politica legittima, a prescindere dal merito. La Corte costituzionale ha affermato che la punizione generalizzata dell'aiuto al suicidio si pone in contrasto con la Costituzione e deve riconoscersi la non punibilità di chi agevola il proposito di suicidio «autonomamente e liberamente formatosi» di una persona «tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale»; che sia «affetta da una patologia irreversibile»; che subisca a causa di tale patologia «sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili»; purché però sia pienamente capace di autodeterminarsi. La Corte ha ricordato la necessità di una verifica e di una valutazione da parte di una struttura pubblica sanitaria, «previo parere del comitato etico territorialmente competente». La sentenza della Corte ha stimolato interpretazioni diverse da parte dei giudici di merito nelle singole situazioni loro sottoposte. Di ciò offre conferma la questione di legitti-

mità costituzionale sollevata dal Gip di Firenze - su cui deciderà la Corte costituzionale il 19 giugno - in un caso di aiuto al suicidio nel quale il pubblico ministero aveva chiesto l'archiviazione e exceptio in subordine l'incostituzionalità del reato contestato. Il Gip ha sollevato la questione di legittimità ritenendo la fattispecie in contrasto con gli artt. 2, 3, 13, 32 e 117 della Costituzione (quest'ultimo in riferimento agli artt. 8 e 14 della Cedu) nella parte in cui limita la non punibilità dell'aiuto alla sussistenza - insieme agli altri - del requisito che la persona sia «tenuta in vita da un trattamento di sostegno vitale».

La Corte costituzionale nella prima ordinanza del 2018 non aveva dato un'indicazione tassativa per definire tale trattamento. Aveva fatto ad esempio riferimento ai trattamenti di «ventilazione, idratazione o alimentazione artificiali».

La giurisprudenza si è già confrontata con casi diversi da quello che aveva portato alla pronuncia della Corte nel 2019 e da quello attuale. Ha ritenuto ad esempio che la somministrazione continua di farmaci e la necessità di praticare manovre di evacuazione manuali per evitare occlusioni fatali fossero condizioni tali da configurare un «trattamento di sostegno vitale». Si è chiesta se sia possibile estendere analogicamente la causa di non punibilità quando la persona - senza l'assistenza continua di soggetti terzi necessaria per l'espletamento delle funzioni vitali (come mangiare e bere) - non potrebbe sopravvivere.

Nel caso oggetto della questione di costituzionalità secondo la ricostruzione del Gip la persona non è tenuta in vita da supporti meccanici; non assume farmaci salvavita; non ri-

chiede l'assistenza di soggetti terzi per manovre di evacuazione o interventi assimilabili. Il Giudice, tuttavia, non ritiene possibile estendere interpretativamente la definizione di «trattamento di sostegno vitale». Ciò richiede di porre attenzione sulla «libera scelta» e sulla «essenzialità» del sostegno per la vita (sia esso meccanico, farmacologico o umano-assistenziale) una volta accertata l'irreversibilità della patologia e l'intollerabilità della sofferenza che ne derivi.

Non mi sembra si possa rimettere la ricerca dell'equilibrio tra tutela della vita e rispetto dell'autodeterminazione alla scelta di un Giudice in concreto fra una interpretazione in astratto restrittiva o estensiva di uno dei requisiti della causa di non punibilità.

Ma non mi sembra neppure che si possa cogliere l'occasione della vicenda *sub iudice* per chiedere alla Corte costituzionale di spostare l'equilibrio da essa fissato con la sentenza del 2019 tra il valore della vita e quello dell'autodeterminazione personale a favore di quest'ultimo, eliminando il requisito del «trattamento di sostegno vitale».

O al contrario che si possa chiedere alla Corte di spostare quell'equilibrio a favore del valore della vita, delimitando in via interpretativa il «so-



stegno vitale» soltanto ad un intervento “meccanico” che riconoscerebbe una riduzione della persona ad una sorta di “vita artificiale” in termini generali ed astratti.

In entrambi i casi si cancellerebbe per finalità opposte il risultato raggiunto nel 2019 dalla Corte sul presupposto delle quattro condizioni di non punibilità dell’aiuto al suicidio. Non è mio compito entrare nel merito della decisione che la Corte costituzionale dovrà emettere, né avanzare pronostici. Credo che si debba tornare a discutere questo tema senza cadere nella tentazione dei radicalismi – di destra e di sinistra – e delle rigidità ideologiche.

Lo Stato deve assicurare la tutela massima della vita, con i servizi sanitari e socioassistenziali e la qualità di essi su tutto il territorio della Repubblica; senza differenze, con un concreto sostegno alle persone e alle famiglie che devono affrontare il dramma delle malattie inabilitanti, irreversibili e dolorose.

Mi sembra doveroso – in una società democratica e pluralista basata sul rispetto della pari dignità sociale come richiede la Costituzione – consentire che la persona possa ricevere assistenza al suicidio quando ricorrano le quattro condizioni indicate dalla Corte costituzionale,

secondo una loro interpretazione non astratta ma legata alla concretezza delle circostanze e delle condizioni cliniche ed esistenziali; come la Corte ha deciso nel 2019.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'appello del padre: "Da soli non ce la facciamo"

Il bambino Brando e la malattia senza nome

“Non ci sono più soldi per cercare una cura”

Al mondo in 200 con la Camk2b. Telethon: “Ci dispiace, ma finanziamo ricerche più avanzate”

di Elena Dusi

Da dove si comincia, quando tuo figlio ha una malattia talmente rara da non avere neanche un nome. Per chiamarla si usa la sigla del gene difettoso: mutazione di Camk2b, un problema che colpisce il cervello e causa un ritardo intellettivo. «All'età di due anni, quando abbiamo ricevuto la diagnosi, Brando era il bambino numero 23 al mondo ad avere questa mutazione» spiega il padre, Stefano Buttafuoco, che ha raccontato le vicende della sua famiglia nel libro *Il bambino 23, la storia e i sogni di Brando*. Oggi Brando ha 6 anni, di bambini con la sua mutazione ne sono nati altri – il totale è di 200 nel mondo, due in Italia – ma la malattia resta una macchia bianca sulle mappe. «I meccanismi patogenetici che la causano non sono ancora noti» scrive Telethon, la fondazione che si occupa di ricerca e cura delle malattie genetiche rare.

Nella ricerca i genitori di Brando hanno cercato una speranza. «Abbiamo fondato un'associazione, Unici, per raccogliere fondi e partecipare a un bando di Telethon. Tra i soldi messi di tasca nostra e quelli donati all'associazione – dice il padre – abbiamo raggiunto 50mila euro». Il bando si chiama *Seed Grant* – prestito seme – e permette alle associazioni che rappresentano le malattie più rare fra quelle rare – che non so-

no prese in considerazione da nessun ricercatore – di finanziare un progetto di studio. La procedura prevede che Telethon informi ricercatori dell'opportunità di dedicarsi a una determinata malattia e poi selezioni il candidato migliore, che sarà finanziato dall'associazione di malati. Unici è una delle associazioni che nel 2022 ha seguito questo percorso. Un gruppo di ricerca dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma ha iniziato così a dedicarsi alla mutazione di Camk2b usando i 50mila euro raccolti per Brando.

Non sempre però la scienza sa dare risposte. E un anno, per una sfida simile, è poco più di un battito di ciglia. Alla fine del *Seed Grant* gli scienziati del Bambino Gesù hanno selezionato le cellule staminali di Brando e le hanno trasformate in neuroni per capire quale difetto impediva loro di funzionare correttamente. Ma non hanno certo avuto il tempo di mettere a punto una cura. Né il comitato scientifico di Telethon ha ritenuto di rifinanziare il progetto con un nuovo bando, perché non lo ha ritenuto abbastanza maturo per poter arrivare a risultati concreti. Alla legittima domanda di Buttafuoco – «cos'altro posso fare, non certo indebitarmi all'infinito» – nessuno sa dare risposta, se non quella di aspettare i prossimi bandi, di Telethon o di altri.

«Ci sono situazioni in cui la scienza la risposta non ce l'ha. È tanto semplice da dire quanto duro da accettare» ragiona Francesca Pasinelli, che di Telethon è consigliere delegato. «Abbiamo introdotto i *Seed Grant* nel 2019. E, su richiesta delle associazioni di malati rari, abbiamo messo a disposizione il nostro sistema di valutazione: un comitato di esperti indipendenti che giudica il valore scientifico di un progetto. Possono sbagliare, certo. Ma sono in buona fede. È il metodo riconosciuto come il più onesto e trasparente».

Il comitato di esperti quest'anno ha deciso che ci sono altri progetti da finanziare più maturi di quello sulla mutazione di Camk2b. Il *Seed Grant* di Brando potrà partecipare ad altri bandi in futuro, ma per ora non è germogliato. «Ci è caduto il mondo addosso» si sfoga Buttafuoco. «Ci siamo sentiti soli. Per conti-



nuare la ricerca e il lavoro fatto fin qui dovremmo mettere di nuovo la mano al portafogli. Ma per una famiglia che deve già affrontare una malattia grave del figlio, sobbarcarsi anche la spesa della ricerca è impossibile».

Brando è seguito da una famiglia eccezionale, ma la sua malattia purtroppo al momento resta orfana. Neanche chi segue gli altri duecento bambini nel mondo con la stessa mutazione ha scoperto un possibile sentiero per la cura. Non è detto che resti così per sempre, ma l'attesa che si prospetta non è breve. «Trovare una terapia per una malattia rara, ma anche per quelle comuni, richiede anni se non decenni» spiega Pasinelli. «Le famiglie che per prime intraprendono la ricerca sono sfortunate due volte, perché spesso non faranno in tempo a beneficiarne». Convogliare verso la ricerca fondi

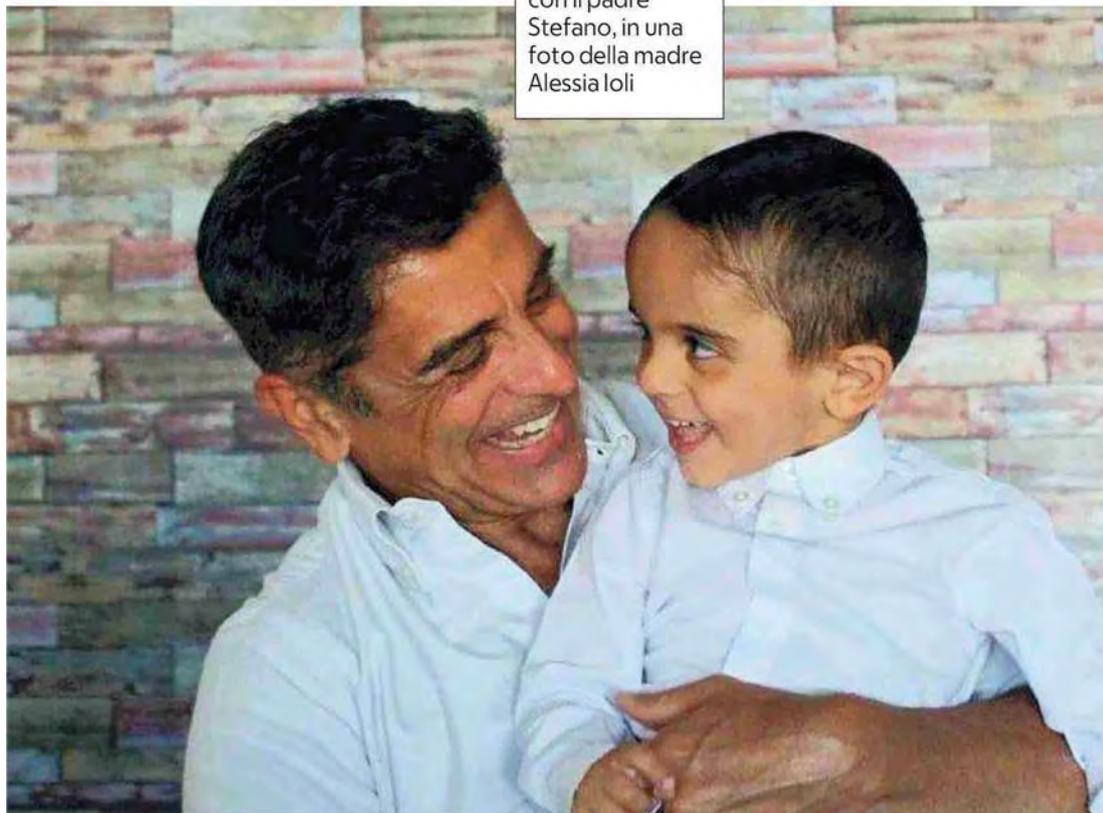
dei privati, è pratica comune nel mondo delle malattie rare, anche quando rischia di generare nelle famiglie speranze che difficilmente diventeranno concrete. Una parte di quei progetti non verranno selezionati per la fase successiva della ricerca. «Ma l'alternativa qual è, abolire i Seed Grant e non provarci nemmeno?» chiede Pasinelli.

I progetti per altre malattie come la sindrome di Glut1 (non dissimile, in quanto a sintomi, dalla mutazione di Camk2b) o la sindrome di Sanfilippo (una sorta di Alzheimer precoce che colpisce i bambini piccoli) dopo il *Seed Grant* hanno ricevuto fondi rispettivamente dal ministero della Salute e da Telethon. L'anno prossimo potrebbe essere la volta di Unici. Nel frattempo qualche passo avanti potrebbe arrivare da studi condotti all'estero. Stefano Buttafuoco, comprensibilmente, non trova

in questo una consolazione. «Abbiamo gettato a nostre spese i semi della ricerca. E per raccogliere cosa? Non abbiamo il tempo per aspettare. Abbiamo già una vita abbastanza difficile. Interrompere un progetto di ricerca così è troppo doloroso per una famiglia e per le sue speranze».

Uniti

Brando Buttafuoco, con il padre Stefano, in una foto della madre Alessia Ioli



L'INCHIESTA/2 Su pressione delle case farmaceutiche, che pagano test e procedure d'autorizzazione all'ente regolatorio europeo, vengono commercializzati nuovi medicinali potenzialmente pericolosi

Studi clinici di Ema: così viene sacrificata la salute dei pazienti

» **Maria Maggiore, Leila Minano, Manuel Rico, Catrien Spijkerman***

“**S**e l'Agenzia europea per i medicinali (Ema) non avesse autorizzato **Pradaxa**, sono sicura che mia madre sarebbe ancora viva”, racconta Nathalie, un'infermiera di emergenza incontrata a Valence, vicino Lione, in Francia. Il suo racconto è atroce: “È successo tutto in un'ora, l'inferno nella stanza del pronto soccorso, le infermiere che si alternavano per svuotare le bacinelle piene di sangue, il panico negli occhi dei medici che non avevano modo di fermare l'emorragia di una paziente ottantenne”. Prima di spirare, le sue ultime parole: “Sto morendo disanguata”. Era il 2012, l'inizio della battaglia di Nathalie contro il Pradaxa, un anticoagulante messo sul mercato europeo dal 2009, senza alcun antidoto. Poi si è scoperto che oltre 400 morti, in Europa e negli Usa, erano riconducibili allo stesso farmaco. Negli Usa la compagnia produttrice ha pagato 650 milioni di dollari alle vittime. *Investigate Europe* ha letto la lettera “d'intenti” inviata dalla compagnia tedesca **Boehringer Ingelheim** all'Ema, dove si chiedeva di semplificare lo studio clinico da “doppio cieco” (in cui per testare un nuovo farmaco si prendono due gruppi di pazienti: a uno va quello

nuovo, all'altro un farmaco esistente o un placebo. Nessuno sa quale riceve) a “braccio singolo” (tutti i partecipanti ricevano solo il trattamento sperimentale). Ema accettò insieme ai relatori della sperimentazione, scelti dalla stessa compagnia.

OGGI SAPPIAMO che uno degli esperti selezionati era un cardiologo francese che, dopo aver espresso un parere positivo, è diventato consulente della stessa **Boehringer**. Sono passati 7 anni prima che la compagnia tedesca abbia immesso un antidoto sul mercato. E intanto Pradaxa ha continuato ad essere usato dai pazienti europei. Non è la sola storia di farmaci “pericolosi” o non ancora pronti a essere commercializzati, a cui Ema ha dato l'autorizzazione di ingresso nel mercato europeo. L'agenzia con sede ad Amsterdam – che l'Italia aveva cercato di portare a Milano dopo la Brexit – ha il compito di approvare la valutazione scientifica sui nuovi farmaci o di aggiornare quelli già nel mercato. Un potere enorme che *Investigate Europe* ha scoperto essere pieno di debolezze, buchi, conflitti d'interesse.

Il primo è la totale dipendenza di Ema dall'industria: nel 2022, l'86% delle entrate di Ema proveniva dalle aziende farmaceutiche. Negli Usa il 65%. Le aziende farmaceutiche pagano sia per gli studi clinici che per le

procedure di autorizzazione. Prima non era così. Quando l'Ema è stata fondata nel 1995, solo il 20% del suo budget proveniva dall'industria, il resto era pagato dal bilancio comunitario. Quest'anno si prevede che oltre il 90% sarà pagato dall'industria. L'impresa versa intorno ai 450 mila euro per una nuova domanda e s'incarica di portare avanti gli studi clinici. Ema valuta se l'efficacia supera gli effetti collaterali. L'analisi di *Investigate Europe* e le testimonianze degli esperti, provano che sempre più spesso le procedure vengono accelerate in una corsa contro il tempo che va a scapito della sicurezza dei farmaci. Negli ultimi cinque anni sono stati approvati 51 farmaci tramite “l'approvazione condizionale” (l'azienda è tenuta a produrre durante la fase post-autorizzativa le prove di efficacia mancanti), più della metà del totale da quando la procedura è stata introdotta nel 2006. In tutto 198 farmaci sono stati approvati con altre procedure rapide. Di questi 173 sono ancora sul mercato.

EMA SI DIFENDE sottolineando



che queste procedure consentono di trattare malattie mortali per pazienti che “non hanno né scelta né tempo” e - aggiunge - un farmaco viene approvato solo se i benefici superano i rischi. Una teoria sostenuta con forza dall'ex direttore esecutivo di Ema, **Guido Rasi**: “L'approvazione condizionale è la via da seguire, con un rigoroso piano *post-marketing* (ha lo scopo di valutare il valore aggiunto di un farmaco, ndr) che deve essere realizzato dagli organi nazionali, con Ema”. Ma nella pratica, una volta che un farmaco viene immesso sul mercato, occorre molto tempo per fornire ulteriori prove. Se queste arrivano. Lo ha dimostrato la ricercatrice **Courtney Davis**, del King's College di Londra: dopo 7 anni (dal 2013 al 2019) non erano state fornite

le prove di ricerca aggiuntive richieste nella metà delle procedure accelerate. “Per 30 anni ci è stato detto che gli studi *post-marketing* avrebbero colmato le lacune - dice a *IE* - ma non è così. Non riceviamo queste prove”. Lo conferma **Beate Wieseler**, dell'agenzia tedesca responsabile della valutazione della sicurezza e dell'efficacia dei farmaci (Iqwig): “L'Ema approva i farmaci sempre più rapidamente e con sempre meno dati clinici disponibili, sta diventando molto complicato per noi valutare il loro reale beneficio rispetto a un farmaco esistente”. E quando l'agenzia tedesca domanda all'industria di portare più prove, la porta si chiude. Lo testimoniano le audizioni delle aziende farmaceutiche. La risposta è sempre la stessa. Il 6 novembre 2023, ad esempio, durante un audit per il Riociguat, un trattamento per l'ipertensione polmonare, la rappresentante della multinazionale Msd risponde

alle autorità tedesche che la interrogano sulla scarsa qualità dello studio clinico sul farmaco: “Lo studio limitato è stato accettato da Ema e non ce ne saranno ulteriori”. “È uno scandalo!”, commenta **Pierre Chirac**, direttore della rivista francese *Prescrire*. “Equivale a mettere a rischio i pazienti, perché non si hanno prove sufficienti che il rapporto beneficio/rischio sia favorevole”. Ogni anno *Prescrire* pubblica una lista di farmaci “da evitare”, perché i rischi superano i benefici, in presenza di alternative migliori. Nel '23 ne hanno contati 105.

Uno di questi è Ocaliva, un trattamento per la cirrosi biliare primaria, una malattia autoimmune del fegato. È stato approvato in via condizionata nel 2016. Quattro anni dopo, l'azienda statunitense Intercept Pharmaceuticals ha presentato lo studio clinico con risultati negativi, gravi effetti collaterali, alcuni dei quali mortali. L'Ema ha iniziato a e-

saminare i risultati nell'ottobre 2023 e non si è ancora espressa, ma il farmaco continua a circolare nell'Ue. “È un gioco. I produttori di farmaci vedono che possono farla franca se presentano prove scientifiche un po' meno solide”, spiega **Lourens Bloem** dell'Università di Utrecht. Diversi studi sui farmaci antitumorali mostrano che circa la metà di quelli ammessi nel mercato europeo non porta a un aumento della longevità o a una migliore qualità della vita. “Nell'urgenza si può capire che ci siano pazienti pronti a tutto perché in fin di vita, ma non è accettabile che per decenni non si sappia se un farmaco sia o meno efficace”, tuona Courtney Davis.

**Investigate Europe*



RISCHIO DICANCRO

Actos Il farmaco per il diabete, ritirato in Germania e Francia, ancora prescritto in Italia (e rimborsato)

MA.MA.

Uno dei farmaci controversi, già iscritto nella lista dei medicinali “da evitare” dalla rivista francese *Prescrire*, ma ancora usato in Italia e rimborsato dal nostro Servizio sanitario nazionale, è il Pioglitazone, conosciuto come Actos, per il diabete di tipo 2. Dal 2011 la Francia l’ha ritirato e la Germania ne ha sospeso il rimborso, per il rischio di provocare il cancro alla vescica. Dal 2013 - e ancora oggi - il Pioglitazone è iscritto tra le sostanze “probabili cancerogene”, nella lista della Iarc (l’Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro). Due studi del 2012, in Canada e in Francia, concludono che il rischio di cancro alla vescica cresce con l’uso di Actos, specie oltre i 24 mesi di utilizzo. Nel frattempo, negli Stati Uniti, un’impiegata della società giapponese che lo produceva, Takeda, denuncia le menzogne diffuse dalla società che conosceva i rischi di tumore, tenendoli nascosti al momento dell’approvazione dalla Food and Drug Administration. Nel 2014 Takeda viene condannata dallo Stato della Louisiana a pagare 2,4 miliardi di dollari a dei pazienti diabetici, per “condotta intenzionale e sconsiderata”, non avendo avvertito adeguatamente del potenziale rischio di cancro alla vescica.

INTANTO, l’agenzia europea del farmaco, Ema, si riunisce a varie riprese, nel 2011 e nel 2017 riconoscendo “un basso rischio di cancro” legato al Pioglitazone, ma lo mantiene nel mercato

europeo. Nel 2019 il Comitato scientifico Chmp di Ema aggiunge: “I dati presentati durante l’attuale periodo di riferimento non hanno fornito nuove informazioni che consentano di ridurre, attenuare o caratterizzare ulteriormente questi rischi”. Vari Paesi europei prendono però precauzioni. L’agenzia olandese Zorginstituut scrive sul suo sito: “Il trattamento con Pioglitazone non è preferibile. Il suo uso può essere associato a un aumento del rischio di fratture e non è certo che non si verifichino effetti collaterali gravi, come il cancro alla vescica, l’insufficienza cardiaca e la polmonite”. L’agenzia olandese indica le alternative, oggi esistenti per curare il diabete di tipo 2.

In Italia secondo l’Associazione dei medici diabetologi (Amd), 19.500 persone hanno preso il Pioglitazone nel 2022. Se invece prendiamo il rapporto dei medici di famiglia (Arno), il numero sale a 34.000 (2019). Il presidente di Amd, Riccardo Candido difende il Pioglitazone, “un ottimo farmaco perché agisce come insulino stimolante” e contesta gli studi sull’incidenza del cancro perché non hanno tenuto in conto altre patologie dei pazienti, come il fumo. La società che lo produce oggi, la tedesca Cheplapharm insiste sul fatto che “gli operatori sanitari sono adeguatamente informati sull’uso di Pioglitazone e non devono utilizzarlo in pazienti con cancro alla vescica attivo”.

A Debora, una paziente toscana che vuole restare anonima, però non è stato detto niente, qualche mese fa, quando un luminare della diabetologia le ha prescritto Actos, come il farmaco necessario per tenere a bada il suo diabete. “Il dottore non mi ha parlato di rischi di cancro o di malattie cardiovascolari, ho trovato queste informazioni da sola su internet. Né mi ha detto di alternative ugualmente positive, ma meno pericolose. Lo prendo, ma ho paura”.



Intervista

L'allarme di Farmindustria «Costi in crescita, a rischio i medicinali essenziali»

Il presidente Cattani: la Ue allunghi la durata dei brevetti

di **Mario Sensini**

ROMA In questo 2024 la farmaceutica in Italia segna numeri da record. È il settore di punta dell'export, produce il più alto valore aggiunto per dipendente, è il più competitivo, fa il pieno di occupati. Per il 60% è nelle mani delle grandi multinazionali estere e per il resto delle italiane.

«Le grandi imprese straniere investono volentieri in Italia, perché solo qui c'è un tale livello di competenze su tutta la filiera del settore, dalla ricerca, alla produzione» spiega Marcello Cattani, da due anni presidente di Farmindustria e amministratore delegato di Sanofi Italia.

Eppure le cose non vanno tutte bene...

«Nonostante la pandemia, l'Unione europea non ha ancora compreso in pieno il valore della salute come investimento, lo considera semplicemente un costo da contenere. Che è paradossale in un quadro dove la spesa sanitaria, solo per l'invecchiamento della popolazione, è destinata a crescere molto. Così si perde competitività e l'industria farmaceutica è di fronte a sfide molto serie. I costi di produzione, ad esempio, sono aumentati enormemente, e avremo difficoltà a produrre certi farmaci».

Quali?

«La terapia mensile con alcuni farmaci neurolettici, o per il colesterolo, l'ipertensione, oppure certi antibiotici, che sono di grandissima diffusione, viene rimborsata dal Servizio sanitario nazio-

nale al prezzo di un caffè. Produrre questi farmaci comincia a non essere più sostenibile dal punto di vista industriale».

Tra pochi giorni, il 4 luglio, avete l'assemblea annuale, cosa chiederete al governo?

«Nuove regole più adatte al mondo nuovo. Bisognerà ridurre i costi a carico delle imprese e ripensare il tetto alla spesa farmaceutica ospedaliera. E superare definitivamente il meccanismo del *pay-back*, il contributo delle aziende allo sfioramento della spesa a livello regionale. Quest'anno ci costerà più di un miliardo e 800 milioni di euro. È nato 17 anni fa come meccanismo temporaneo, ma pesa oltre le tasse frenando gli investimenti. Con la legge di bilancio del '24 c'è stata una piccola rimodulazione positiva, chiediamo un intervento in continuità per avere maggiori risorse. E auspichiamo un nuovo approccio per l'accesso ai farmaci, per renderlo più rapido e omogeneo sul territorio. C'è anche un problema di regole europee, la spesa sanitaria dovrebbe essere considerata un investimento ed esclusa dai vincoli del patto di stabilità».

Lei è molto critico con l'Europa per la proposta di direttiva sui brevetti.

«La Ue sta facendo una cosa insensata, ridurre la durata della proprietà intellettuale. Dopo la pandemia la domanda mondiale di farmaci su scala globale è esplosa, si calcola un mercato di duemila

miliardi di dollari da qui al 2027. I Paesi nostri principali concorrenti, come Usa e Cina, hanno reagito rafforzando la proprietà intellettuale per favorire la ricerca e lo sviluppo, e varato investimenti massicci, come i 600 miliardi di dollari previsti dalla Cina a Wuhan nel prossimo decennio. L'Europa ha preso la strada opposta, proponendo di ridurre la durata della *data protection* da 8 a 6 anni».

Vi aspettate sostegno da parte del governo italiano?

«Finora abbiamo lavorato benissimo su questo tema con i ministri della Salute, Schillaci, dell'Economia, Giorgetti, delle Imprese, Urso, delle Politiche Ue, Fitto, della Ricerca, Bernini, e degli Esteri, Tajani. Mi auguro che dopo le elezioni, con una maggioranza centrista e liberale più forte, e col sostegno del governo italiano, si metta una pietra sopra a questa proposta che va rovesciata».

La riduzione della durata dei brevetti però ha favorito la diffusione dei farmaci «copia», i generici, che costano meno.



«Sono l'altra faccia della medaglia, ma sono due mondi complementari. Non possiamo curare tutte le patologie con i generici, non andremo avanti nella ricerca e con gli investimenti nella produzione. Il generico vive se prima c'è il farmaco *branded*, frutto della ricerca e degli investimenti che sono stati necessari. In ogni caso quella europea è una posizione ideologica. Non si può avere l'innovazione senza gli investimenti. L'Europa negli ultimi 20 anni ha perso drammaticamente terreno con gli Usa e

oggi lo vediamo. Su dieci farmaci approvati dall'agenzia europea 6 sono americani, 2,5 cinesi e il resto europei».

Qual è il rischio che corre l'Italia?

«L'industria europea perderà competitività e noi saremo i primi a pagarne le conseguenze perché siamo i più forti. Oggi l'Italia esporta 49 miliardi di euro di farmaci, il 97% della produzione nazionale, ha superato la crescita dell'export degli Stati Uniti, ma se non cambia la strategia, tra pochi anni dipenderemo da India e Cina ed avremo di-

sperso un patrimonio immenso di conoscenze. Si rischia di pregiudicare l'accesso dei cittadini alle cure e la ricerca si sposterà dove si realizzano i grandi investimenti. Non solo in Cina, ma in Arabia Saudita, negli Emirati Arabi, a Singapore. Paesi che hanno anche legislazioni molto competitive, che riconoscono il valore dell'innovazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La filiera italiana
Gli stranieri investono volentieri in Italia, perché c'è competenza su tutta la filiera

I rimborsi
Farmaco per colesterolo, ipertensione e alcuni antibiotici sono rimborsati al prezzo di un caffè

Chi è

● **Marcello Cattani** (nella foto sotto) è presidente di Farindustria (l'associazione delle imprese farmaceutiche

del nostro Paese) da luglio 2022

● **Cattani** è anche presidente e amministratore delegato di Sanofi Italia e Malta dal 2020

● **Nato** a Milano nel 1971, è sposato e ha due figli





Al vertice
Paul Hudson
guida Sanofi
dal settembre 2019

Paul Hudson, amministratore delegato di Sanofi: il Vecchio Continente sta per dire addio alla «sovranità nell'innovazione» a vantaggio di Usa e Cina. Agli europei non arrivano i prodotti più recenti ed efficaci, ma i politici si preoccupano soltanto di pagare il prezzo più basso possibile per i medicinali di base

di **FEDERICO FUBINI**

Sanofi ha annunciato un importante accordo con OpenAI e Formation Bio.

Con quale obiettivo?

«Quattro anni fa abbiamo deciso che saremmo stati la prima azienda nel nostro settore che usa l'intelligenza artificiale su larga scala — risponde Paul Hudson, amministratore delegato (inglese) del colosso francese della farmaceutica —. Abbiamo deciso di collaborare con OpenAI e Formation Bio, un'azienda del biotech virtuale

che cerca di rivoluzionare l'industria farmaceutica alzando le probabilità di successo grazie ai large language models dell'intelligenza artificiale. Nei farmaci, il 90% dei quali fallisce nella



fase uno della ricerca e sviluppo e il 32% nella fase tre, dopo aver investito due o tre miliardi di dollari. Grazie ai large language models, possiamo far salire le probabilità di successo. OpenAi può aiutarci in questo».

Come funziona?

«L'intelligenza artificiale può aiutarci a capire come modificare la struttura di una molecola per curare una malattia e a progettare studi clinici nel modo più efficiente. I dati sono troppi perché un umano possa gestirli, ma i large language models lo fanno. L'AI può anche scrivere i documenti che inviamo all'Agenzia europea per i medicinali, corretti al 95%. Quindi le nostre persone, con la loro esperienza, potranno migliorarli. Ciò dovrebbe accelerare il time-to-market e ridurre i costi, permettendo prezzi più bassi. Con l'AI possiamo cambiare radicalmente la medicina».

Intanto l'Europa vive una scarsità di antibiotici e altri farmaci. Abbiamo problemi di fornitura con Cina e India?

«Alla ricerca da anni del prezzo più basso possibile, i paesi dell'Unione Europea hanno reso insostenibile la produzione di medicinali essenziali in Europa. Abbiamo e avremo problemi di fornitura da Cina e India, che producono a costi inferiori con criteri diversi. Se la Food and Drug Administration americana dice loro che devono modernizzare una fabbrica, loro la chiudono. Non vogliono spendere. E quando accade, l'Europa esaurisce le scorte. Allora i ministri europei mi chiamano e mi chiedono perché non riescono a procurarsi dei farmaci».

E lei cosa risponde?

«Che compravano certi farmaci a basso prezzo dall'India o dalla Cina, e quando quelle decidono di non produrli più, finiscono. Poi mi chiedono di produrre noi quello che manca. E io cerco di spiegare che ci vogliono cinque anni per costruire una fabbrica adatta».

I governi occidentali dicono che la Cina non si sta comportando in modo corretto.

«In Europa non si capisce che

un'azienda cinese può decidere di produrre un farmaco diverso, che rende di più. È business. Ma i cinesi sono molto avanti rispetto all'Europa nel pensare alla sovranità e alla resilienza. Producono farmaci al prezzo più basso possibile, quindi l'Europa li ordina. Ma se decidono di non farli, non li fanno e basta. Dobbiamo anche considerare che vent'anni fa un farmaco innovativo su due nel mondo veniva dall'Europa. Ora la Cina ha superato l'Europa per numero di articoli scientifici pubblicati su riviste come *Nature* o *Lancet*. Conduce più attività di sperimentazione clinica degli Stati Uniti e ne fa il triplo dell'Europa: la Cina è leader nella sanità digitale, nella produzione di laureati Stem. E potrei continuare».

Allora perché non si aumenta la produzione di farmaci in Europa?

«Il prezzo che molti governi europei vogliono che facciamo pagare loro sia inferiore a quel che costa produrre quegli stessi farmaci in Europa. Vogliono che applichiamo standard e qualità del lavoro di livello europeo, il che comporta un prezzo premium. Ma non vogliono pagare quel prezzo».

E lei cosa consiglia?

«Dobbiamo garantire la produzione e fornitura di un terzo dei medicinali essenziali in Europa. Anche se il costo medio per l'acquisto di un medicinale potrebbe essere leggermente più alto. Ma avere una produzione continua in Europa farebbe sì che la capacità produttiva esista e possa aumentare se necessario. Ma se si trasferisce il 100% della fornitura all'estero, un rischio c'è».

Teme che il protezionismo e il nazionalismo economico possano danneggiare il mercato globale dei medicinali?

«Il protezionismo, ovviamente, preoccupa. Ma la nostra attività è forte se inventiamo farmaci per malattie che oggi non hanno cura. Eppure metà dei



L'ECONOMIA

medicinali approvati dall'Agenzia europea per i medicinali non sono disponibili per i pazienti europei. Persino l'accesso ai farmaci e ai vaccini innovativi di oggi, i medicinali essenziali di domani, è sempre più difficile in Europa».

Per la scarsità dell'offerta?

«No, perché i governi dell'Unione europea non sono propensi a pagare per le ultime cure contro il cancro, o per le ultime cure immunologiche, o per l'ultimo vaccino antinfluenzale».

Dunque per un vincolo sulle finanze pubbliche?

«C'è sempre un vincolo sulle finanze pubbliche, ma la spesa farmaceutica rappresenta normalmente circa il 10% della spesa sanitaria totale. L'Italia attira più investimenti da parte di azien-

de estere nella ricerca e nella produzione di quanto spenda in medicinali. In un mercato importante come l'Italia o la Francia, ogni euro speso in medicinali genera tra i due e i sette euro nell'economia. Si insiste molto sulla sovranità sanitaria, ma in Europa non si parla di sovranità nell'innovazione».

Vuole dire che l'Europa è in ritardo nell'innovazione farmaceutica ma non sembra rendersene conto?

«E la situazione sta peggiorando. La Ue non sembra avere molto interesse a mantenere la sovranità sull'innovazione nel settore sanitario. Gli Stati Uniti hanno gran parte del venture capital e della ricerca. La Cina ha un piano a dieci anni e sta investendo per far tornare gli scienziati nel Paese a scoprire medicinali. Né l'una né l'altra superpo-

tenza vogliono affidarsi ad altri per la loro sovranità nell'innovazione. In Europa invece non c'è interesse. Si cerca solo di ridurre le spese. Non sono passati molti anni da quando il 50% dei nuovi farmaci nel mondo veniva sviluppato in Europa. Adesso è il 14%. Un altro decennio e sarà al 4%. Nel frattempo il 50% dell'innovazione globale nel campo dei medicinali non raggiunge i pazienti in Europa, ma i governi si preoccupano della disponibilità del paracetamolo al prezzo più basso possibile. È una tragedia che nessuno conosce perché non te ne accorgi, se non sei un paziente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Abbiamo investito sull'Intelligenza artificiale per dare più chance alla ricerca, avere tempi ridotti e tagliare i costi di produzione»

43,1

Miliardi di euro

I ricavi dalle vendite di Sanofi nel 2023 (+0,2% dal 2022, +5,3% a cambi costanti)

35

Molecole

I farmaci di Sanofi in sviluppo clinico nel Sud Europa con 485 centri e università coinvolti

7,5

Miliardi di euro

I ricavi dalle vendite di vaccini di Sanofi nel 2023 (+8,3% dal 2022 a cambi costanti)



MANTOVANI (HUMANITAS)

 «La ricerca eccelle,
premiamo i giovani»

Ognibene a pagina 10

«Ricerca: l'Italia eccelle ma merita di più Giovani di talento, diamo opportunità»

FRANCESCO OGNIBENE

Andiamo fieri dei grandi inventori italiani, ma come si ammirano gli eroi solitari, capaci di eccezionali imprese per il loro genio. Un po' lo stesso errore cognitivo che si riscontra oggi davanti ai nostri nomi al vertice della scienza: quasi contasse solo l'eccezione e non la regola, il campione e non il team. La ricerca scientifica in Italia sconta problemi strutturali enormi, ma produce personaggi di fama mondiale (e dietro di loro un gruppone di scienziati di notevole levatura). Alberto Mantovani è un caso esemplare. Una recente classifica mondiale stilata con punteggi che tengono conto di pubblicazioni scientifiche e citazioni in lavori altrui lo vede al primo posto in Italia anche nel 2023, 63esimo assoluto (dietro uno stuolo di americani), quinto tra gli immunologi. Presidente a Rozzano (Milano) di Fondazione Humanitas per la Ricerca, sta per ricevere l'ennesimo premio internazionale, stavolta dalla Federazione europea delle Società di biochimica.

Professore, proviamo a spiegare questo paradosso molto italiano: un Paese che investe pochissimo in ricerca ma che annovera molte eccellenze scientifiche.

Questi *ranking* mi stimolano due considerazioni. Anzitutto mi chiedo: io e il mio gruppo cosa abbiamo scoperto? Che impatto di conoscenza e di miglioramento della salute abbiamo ottenuto? Ho aiutato a

crescere persone indipendenti, a costruire un buon "nido" nel quale sono cresciute figure importanti in ambito clinico e scientifico? Penso a un lungo elenco di persone con le quali ho lavorato e che non mi piace definire "allievi" perché in realtà mi sono stati maestri. È vero che nei riconoscimenti c'è il mio nome ma a contare è il gruppo, chi ha collaborato con me, anche giovani da tante nazioni. Vorrei aggiungere che posso contare oltre che su medici e ricercatori, su tecnici straordinari, i migliori del mondo, e lo stesso vale per gli infermieri, troppo spesso dimenticati. Se il nostro lavoro di ricerca ottiene un grande impatto in medicina il merito è di tutta l'équipe.

Quali condizioni sono necessarie in Italia per arrivare a livelli di eccellenza?

Fare ricerca nel nostro Paese è più difficile che altrove, per tanti motivi. Da noi si deve nuotare controcorrente perché la ricerca è sempre stata "figlia di un dio minore", ma nonostante questo ce la si può fare. Certo, a condizione di lavorare tanto, un po' più che in altri Paesi. Determinante è disporre di istituzioni di dimensione internazionale. E poi, serve quello che in Italia abbiamo in misura straordinaria: i talenti. Credo che l'impatto della ricerca fat-

ta nel nostro Paese sia un vero esempio di miracolo italiano. Le faccio un esempio. Tempo fa l'Associazione medica americana ha realizzato uno studio sull'impatto della ricerca in oncologia per singoli Paesi: normalizzando i dati, in relazione cioè alle dimensioni nazionali, l'Italia è risultata al secondo posto assoluto, alle spalle del Regno Unito e davanti agli Stati Uniti. Nonostante le difficoltà, chi fa ricerca in questo Paese davvero fa miracoli.

Allora proviamo a rovesciare il punto di osservazione: quali sono i nostri punti di forza?

Abbiamo a disposizione una grande competenza tecnica, un fattore che va custodito con scuole all'altezza. Sono pronto a fare la partita con chiunque al mondo: vinciamo noi. E lo stesso vale per il personale infermieristico. Ma c'è un altro fattore decisivo: l'Italia ha un grande livello di generosità della società civile, con la quale compensiamo la carenza dell'intervento pubblico.



Pensiamo all'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, che finanzia 140 milioni di euro all'anno, tutti gli anni, non in modo occasionale o episodico. È una delle molte presenze affidabili, come la Fondazione Humanitas per la Ricerca, sostenuta da privati. Un altro fattore importante è il sistema della scuola e dell'università che ci permette ancora di competere alla pari con Paesi dove il finanziamento è molto superiore. Un Paese che investe meno della metà dei suoi competitori principali in istruzione superiore e meno di un terzo in ricerca scientifica sforna giovani che mediamente arrivano secondi - battuti solo dalla Germania - nei bandi "starting" (cioè per i più giovani) di Erc, lo *European Research Council*, vale a dire il più alto livello di competizione europea per finanziamenti alla ricerca, davvero molto difficili da vincere perché hanno l'ambizione di sostenere ricerca fortemente innovativa, quella che viene chiamata "High risk, high gain", capace di far compiere un salto di qualità significativo nelle conoscenze. Un fatto davvero incredibile.

Si parla da tempo della necessità di far compiere alla nostra ricerca scientifica un salto di qualità. Perché poi non accade?

È una trascuratezza di lungo periodo, e assolutamente bipartisan. Lo standard minimo internazionale di spesa per la ricerca è di 2,5% sul Pil, con

punte del 6. L'Italia resta sotto l'1,5%, e manca la programmazione a lungo termine. Adesso sono disponibili molte risorse dal Pnrr, ma è un po' come una bomba d'acqua: senza una pianificazione non si vede cosa succederà dopo. La ricerca va innaffiata goccia a goccia, investendo risorse su un orizzonte temporale ampio. Il nostro sistema poi ha alcune rilevanti anomalie: sebbene il ministero della Salute sia molto presente, manca uno sportello affidabile per la ricerca fondamentale. Se avessi accettato le proposte di lavoro negli Stati Uniti, so che avrei potuto contare tutti gli anni sugli "R01", i finanziamenti per la ricerca indipendente individuale. Un fattore decisivo, che in Italia non esiste. Non è un problema "genetico" del nostro Paese: dovremmo semplicemente adottare il modello di affidabilità delle fondazioni private, le *charities*, che hanno visione e pubblicano bandi sapendo cosa serve e dove sta andando la ricerca.

Cosa l'ha convinta a restare in Italia?

Anzitutto sono innamorato del mio Paese, e poi ho avuto sempre la fortuna di lavorare in istituzioni di dimensioni internazionali in cui c'era grande libertà e finanziamenti che mi hanno consentito di sviluppare la mia ricerca. Non so poi se all'estero avrei trovato i tecnici così bravi e dedicati che hanno lavorato con me.

Perché un giovane con ambizioni per eccellere nella ricerca oggi dovrebbe restare

in Italia?

Un'esperienza "fuori" è normale, anzi, necessaria per formare, aprire la mente. Il problema è essere attrattivi per i cervelli, italiani e non. L'oro del terzo millennio non sarà giallo come l'oro o nero come il petrolio, ma grigio come i cervelli. E il nostro Paese sta perdendo questa gara. Ci sono però istituzioni pubbliche e private in grado di calamitare chi sta facendo la sua esperienza all'estero.

Sempre e solo eccezioni?

Se guardiamo gli indici della ricerca, una partita Italia-Germania ce la giochiamo alla pari, siamo addirittura superiori sui dati di un'area a elevata densità di ricerca come la Lombardia. Ci sono molte istituzioni, pubbliche e private, dove si può fare ricerca di alto livello e nelle quali vale la pena "rientrare". Dove la competizione diventa impari invece è nel trasferimento tecnologico, cioè nella traduzione della ricerca in brevetti: il rapporto tra Italia e Germania qui è di uno a cinque. E questa inadeguatezza del sistema-Paese ha una ricaduta negativa diretta sulle opportunità per i giovani, di lavoro, di crescita, di occupazione qualificata.

Cosa devono fare le istituzioni?

C'è un tema indubbio di investimenti, lo dicono i numeri. Ma ancor di più c'è il nodo della programmazione, che il flusso di denaro del Pnrr sta nascondendo. Serve un'ossatura del sistema che gli conferisca solidità, costanza, "normalità".

Di recente lei ha firmato con 13 colleghi - come il Nobel Giorgio Parisi, Silvio Garattini e Franco Locatelli - un appello per il Servizio sanitario. Cosa propone per metterlo in sicurezza?

Voglio continuare a vivere in un Paese in cui c'è un Servizio universalistico, che consenta a una persona di preoccuparsi del suo tumore e non dei costi della diagnosi e della cura. La formula che mi viene in mente per il futuro è fondata sulla qualità, e composta da quattro parole: risorse, efficienza, appropriatezza (senza cioè sciupare denaro in test diagnostici e farmaci per la gran parte inutili) e ricerca. Le iniziali di queste parole compongono il vocabolo inglese "Rear", che significa "dietro": ecco, dietro a una buona cura universale vedeva questa combinazione virtuosa di punti fermi. Ai quali vorrei aggiungere un altro aspetto dell'universalità: l'attenzione ai più fragili, in Italia e nel mondo. Ci sono ragazzi fantastici cresciuti nelle nostre università che vanno in ospedali africani a fare un pezzo della loro scuola di specialità, ad esempio con il Cuamm di don Dante Carraro. Quando li vedo mi si allarga il cuore e divento ottimista per il futuro.

L'INTERVISTA

Alberto Mantovani, presidente di Fondazione Humanitas, è il primo italiano nelle classifiche internazionali per pubblicazioni scientifiche. «Il nostro Servizio sanitario? Ha bisogno di qualità»

«Nelle selezioni per i progetti europei i ragazzi che escono dal nostro sistema scolastico arrivano sempre ai vertici, poi però manca una struttura nazionale che dia più certezze»



I LAVORI IN CORSO

Dai tumori dei ragazzi agli effetti del Parkinson dieci progetti di frontiera sostenuti dalla gente

È un po' come se a un certo punto di una partita di calcio la squadra di casa invitasse gli spettatori a scendere dagli spalti e a entrare in campo per darle una mano. Scorretto, parlando di sport, ma se l'avversario è il cancro le cose cambiano: più siamo a metterlo nell'angolo, meglio è. Il principio del sostegno popolare alla ricerca scientifica in Italia è sempre stato centrale, ma oggi diventa determinante con l'avanzare delle nuove diagnosi tumorali (395mila nel 2023, 3mila in più in un anno) e la "mira" sempre più precisa su bersagli complessi.

L'esperienza della Fondazione Humanitas per la Ricerca (Fhr), con Alberto Mantovani alla guida, lo conferma. Attiva dal 2005, prende di mira tumori, infarti, ictus, patologie autoimmuni, neurologiche e osteoarticolari con un pool internazionale di 500 medici e ricercatori all'opera a Rozzano, alle porte di Milano, nei 40 laboratori dei due edifici nel Campus di Humanitas University e nel vicino Istituto Clinico Humanitas Irccs. I 43 progetti di ricerca attivati e le 1.300 pubblicazioni scientifiche nel solo 2023 si spiegano con il sostegno della Fondazione, capace di attrarre 500mila euro in un

anno dai fondi 5xmille. Un caso paradigmatico di come in Italia si riesce a fare ricerca di frontiera: senza la società civile in campo, la macchina si ferma.

Una macchina che si è concentrata sull'immunologia perché - spiegano a Rozzano - «i meccanismi dell'immunità e dell'infiammazione sono sottesi a molte patologie diverse, che comprendono, oltre alle malattie autoimmuni, auto-infiammatorie e dermatologiche, il cancro le malattie neurodegenerative, cardiovascolari, dell'apparato respiratorio e gastroenterologiche». Un orizzonte amplissimo, nel quale si registrano passi significativi su diversi progetti. A cominciare da Smart-Aya (*Adolescents and Young Adults*) che punta

a comprendere con l'intelligenza artificiale la specificità delle neoplasie negli adolescenti per terapie più mirate. Nel mirino anche i tumori ovarici, killer silenziosi che si cerca di tipizzare in base alle alterazioni del genoma per prevedere i casi di recidiva con un anno di anticipo grazie a un prelievo di sangue. Altro nemico invisibile è il tumore al pancreas, sul quale si è scoperta la mutazione di un gene (Hfe) che consente di individuare prima le forme più aggressive. Lavori in corso anche su alcune forme di melanoma per giungere a terapie sempre più personalizzate e sul linfoma non Hodgkin, del quale è allo studio una diversa classificazione precoce dei pazienti refrattari alla chemio per indirizzarli all'immunoterapia. Sotto attacco anche il carcinoma mammario metastatico, mentre si cerca di capire come il sistema immunitario influenza i neuroni della memoria e la sua connessione con le coronaropatie. Infine, è allo studio un modello 3D per associare anatomia del ginocchio e predisposizione alle lesioni, mentre del Parkinson si sta esaminando il decadimento cognitivo. Tante partite, altrettante vittorie?

Francesco Ognibene

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nei 40 laboratori di Rozzano,
alle porte di Milano, 500 medici
e scienziati all'opera su 43 dossier
di avanguardia per la salute del futuro
Al centro la scelta dell'immunologia
come fronte di impegno comune



14 giu
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Farmaci innovativi nella cura del tumore al seno: efficaci ma estremamente onerosi. A farne le spese le donne in termini di possibilità di guarire

di Rossana Berardi *

Le donne di fatto potrebbero guarire di più o allungare la sopravvivenza. Ma rischiano di non poterne beneficiare. Se ne discuterà al prossimo appuntamento 'Donne che curano' organizzato a Montecitorio dall'associazione Women for Oncology Italy il 17 giugno.

Riprendiamo le fila di "Donne che curano", evento organizzato come di consueto a Montecitorio da Women for Oncology Italy, per aprire nuovi scenari sul modo dell'oncologia rifacendosi anche a studi e risultati presentati ad Asco, il Congresso Annuale dall'American Society of Clinical Oncology punto di riferimento per gli oncologi di tutto il mondo ed appena terminato. "Donne che curano", che si svolgerà il prossimo 17 giugno, si divide in quattro sessioni: 'Come gestire le risorse in assenza di risorse'; 'Le regioni a confronto: le reti oncologiche... in un'ottica di genere'; 'Women for oncology... oltre le disparità di genere'; 'Come gestire il lavoro conciliando vita personale e lavoro (work life balance)'.

Ciò che può essere messo in evidenza è il ruolo che possono giocare ora e soprattutto in futuro le terapie innovative tra cui gli anticorpi farmaco-coniugati di cui si è ampiamente parlato a Chicago al congresso Asco. Si tratta di molecole estremamente potenti che permettono di aspirare ad aspettative di vita maggiori rispetto alle terapie standard. Tuttavia si tratta di farmaci poco sostenibili economicamente, avendo dei costi ingenti sul sistema sanitario, fattore che comporta gravi conseguenze soprattutto per le donne visto che saranno le oncologie che curano tumori tipicamente femminili a dover spendere di più per curare le proprie pazienti. Esempio in questo senso il tumore al seno dove gli anticorpi farmaco-coniugati, così come i farmaci biologici e l'immunoterapia svolgono un ruolo innovativo di grande efficacia. Questi farmaci, che danno maggiori opportunità di vita ai pazienti, sono poco sostenibili, onerosi e rappresentano una forma di gender gap per le stesse pazienti alle quali può essere reso più difficile, di fatto, di accedere alle cure basate su queste tipologie di farmaci. Il sistema di rendicontazione attuale delle strutture ospedaliere, infatti, valuta principalmente il costo del farmaco mentre quello a cui si dovrebbe puntare è a nostro avviso, una rivoluzione culturale che abbia come obiettivo la salute e la possibilità di guarigione delle persone. Ovvero non si valuti solo il costo del farmaco in sé ma il percorso intero del paziente. Se si consente a una donna di avere molti mesi o anni in più di vita, questo può tradursi in miglioramento della qualità della vita, spese inferiori per necessità cliniche (ricoveri, complicanze legate alla malattia, ecc.), reinserimento nel mondo lavorativo, con conseguenti risparmi per il sistema in generale.



Il caso emblematico, da questo punto di vista, è rappresentato dal tumore al seno, sia per l'elevata incidenza della patologia, sia perché all'Asco sono stati presentati risultati di studi che potranno cambiare prepotentemente la pratica clinica. Un esempio è lo studio Destiny o6, che è andato a studiare l'uso degli anticorpi farmaco coniugati in luogo della terapia standard nelle donne che esprimono in maniera bassa o molto bassa la proteina Her2, ovvero un setting dove non si utilizzava questo tipo di trattamento. Lo studio ha dimostrato benefici significativi in termini di sopravvivenza libera da progressione rispetto alla migliore terapia oncologica disponibile.

I farmaci di nuova generazione, quali gli anticorpi farmaco coniugati, invece, sono più onerosi e vanno inevitabilmente a incrementare i costi in aree terapeutiche dove non esisteva questo tipo di approccio, prevedendo peraltro una lunga durata di terapia, data l'efficacia. Il valore aggiunto per la vita dei pazienti oncologici di questi farmaci è peraltro trasversale.

Sempre all'Asco, nella sessione plenaria uno studio dedicato al tumore al polmone: lo studio Laura ha conquistato addirittura una standing ovation. Con l'assunzione di Osimertinib, farmaco biologico somministrato per via orale ai pazienti affetti da tumore al polmone in stadio III, dopo trattamento radio-chemioterapico, ha dimostrato che grazie a tale assunzione c'è stato un netto aumento di sopravvivenza libera da progressione, oltre 33 mesi, rispetto a 5,6 mesi nei pazienti trattati con placebo. Si tratta di un risultato davvero incoraggiante in una patologia in cui fino a pochi anni fa la diagnosi di tumore polmonare rappresentava una condanna a morte. Oggi, grazie alla ricerca e all'introduzione di farmaci innovativi, che si aggiungono alla prevenzione, non è più così.

Altrettanto importanti sono poi le altre sessioni del convegno di Women for Oncology, a partire dalle reti oncologiche in un'ottica di genere, cruciali per garantire ai pazienti adeguate opportunità terapeutiche in ogni regione italiana. Un tema che diventa estremamente attuale ora che si discute di autonomia differenziata delle regioni e del temuto rischio che i pazienti possano avere diverse prospettive terapeutiche a seconda della residenza. La terza sessione sottolinea come sia importante superare la consueta divisione uomo/donna, perché oggi non esistono solo due identità. Tutto è molto fluido e il sistema, le strutture sanitarie, non paiono ancora pronte per una presa in carico dei pazienti con diverse identità di genere, sia relativamente ai percorsi terapeutici che per la prevenzione e per gli screening.

Infine, l'evento affronterà il tema del work life balance che va a incidere profondamente anche nei meccanismi che frenano l'accesso delle donne a ruoli apicali o di rappresentanza. Ma non è solo il consueto problema della donna che si fa carico della gestione familiare e sociale. C'è anche il tema della cosiddetta sindrome di Hermione, ovvero il tema educativo della donna che è per natura perfezionista e non si mette in gioco finché non si sente adeguata e perché da sempre le è stato detto che fare il "passo avanti" "non è femminile". È un tema che viene da molto lontano e che in Medicina è percepibile mano a mano che si acquisiscono ruoli sempre più apicali (mentre non si avverte al Liceo o all'Università). C'è da chiedersi perché la donna preferisca restare più spesso in una zona di comfort anche a costo di sacrificare la propria carriera e le proprie aspettative. D'altro canto, oggi molte giovani donne medico specializzande in oncologia fanno rinunce rispetto alla maternità per paura di perdere il posto di lavoro o di non ritrovare, dopo, la posizione che avevano.

Anche e soprattutto per loro continuiamo a impegnarci e a promuovere una crescita culturale, delle donne e degli uomini, di valore e di merito.

** Presidente Women for Oncology Italy*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'economia

Trecento case per gli over 65 il business del Trionfale con Inps, Cdp e Gemelli

di **Daniele Autieri** • a pagina 7

WELFARE

Trecento case per gli over 65 il nuovo business del Trionfale

Nella capitale un
progetto pilota di Inps,
Cdp, Policlinico
Gemelli e Investire,
fondi per 130 milioni e
utilizzo della domotica

di **Daniele Autieri**

Socializzazione e salute, un binomio che vale tanto per la terza età quanto per il business. È questo il senso del progetto "Spazio Blu" che tiene dentro entrambe le esigenze: quella di offrire un servizio innovativo per gli anziani e insieme una nuova opportunità d'affari al settore del real estate. A questo hanno pensato Inps, CDP Real Asset, Policlinico Gemelli, Gemelli a Casa e Investire SGR quando, nei giorni scorsi, hanno firmato un memorandum d'intesa finalizzato «allo sviluppo di soluzioni abitative integrate da servizi dedicati al benessere psico-fisico degli anziani autosufficienti».

La squadra variegata degli attori in campo, che tiene dentro fondi di real estate, pubblici e privati, l'Istituto nazionale di previdenza sociale oltre, ovviamente, al Policlinico Gemelli, racconta alla perfezione la finalità del progetto, che è quella di riqualificare 9 edifici inseriti in un complesso immobiliare nel quartiere di Camilluccia-Trionfale. In tutto 300 appartamenti che saranno ristrutturati interamente per rispondere ai bisogni degli anziani, preve-

dendo quindi nuove soluzioni architettoniche, interventi di efficientamento energetico, utilizzo della domotica e di nuove tecnologie per favorire l'accessibilità, arredamento su misura.

L'idea è quella di creare un comprensorio della terza età, dotato delle più moderne tecnologie e capace di assicurare un'assistenza di altissimo livello direttamente a casa. Per capire il valore di questo progetto pilota è sufficiente partire dalle cifre degli investimenti: 130 milioni di euro solo su Roma, di cui 100 milioni per l'acquisto degli immobili e 30 milioni da destinare alla loro riqualificazione. Roma, e in particolare il quartiere Camilluccia-Trionfale, non lontano dal Gemelli, diventano così un banco di prova per un esperimento che - nell'idea degli investitori - potrà essere replicato in altre città e centri urbani, mettendo ancora una volta insieme il business del real estate con le esigenze sanitarie della popolazione. «Il progetto "Spazio Blu" - spiega Dario Valentino, amministratore delegato di Investi-

re SGR, la società di gestione del risparmio controllata da Banca Finnat e profondamente radicata su Roma - mira ad attivare un focus sul benessere delle persone anziane con una proposta che va al di là dei metri quadrati e guarda a servizi che migliorano la vita quotidiana. Si tratta di offrire a una platea di over 65 autosufficienti un pacchetto di servizi wellness e infermieristici, prestazioni inserite tra gli oneri condominiali». Nello specifico, l'iniziativa della capitale nasce da un lato in accordo con gli abitanti del complesso immobiliare della Camilluccia e dall'altro dalla partnership pubblico-privata siglata con la firma del



memorandum. Nel progetto ciascun attore ha un ruolo ben definito e funzionale alla sua riuscita. La prima fase prevede l'istituzione di un fondo immobiliare ad hoc all'interno del quale Inps conferirà gli immobili del proprio patrimonio da riqualificare; CDP Real Asset (la controllata di Cassa Depositi e Prestiti impegnata nel real estate) investirà le risorse necessarie per finanziare il piano di riqualificazione degli immobili; il Policlinico Gemelli e Gemelli a Casa assicureranno la fornitura di servizi di sanità preventiva legati alla telemedicina; mentre Investire SGR si occuperà di gestire il fondo. Il progetto pilota che si ispira alle "Blue

Zone", ovvero quelle aree demografiche dove la speranza di vita è più alta che altrove, cade su Roma anche per le caratteristiche demografiche della capitale, una città dove l'età media sfiora ormai i 50 anni, ma soprattutto dove ogni 100 giovani ci sono 178 anziani, un numero sempre maggiore su cui ripensare le politiche abitative ma anche i business del real estate.



▲ **Al computer** Un medico al computer



L'intervista

«Ingannata e umiliata perché volevo abortire. Lo racconto per tutte le altre»

Napoli, la cantante Linda Feki: «Sui social contro di me tanto odio»

di **Riccardo Bruno**

Che cosa ha provato?

«È stata un'esperienza drammatica e violenta, mi sono sentita umiliata. Per questo ho voluto raccontare cosa mi era successo. E moltissime mi hanno scritto, raccontandomi esperienze simili, anche peggiori della mia».

Linda Feki, 33 anni, in arte LNDFK, è una musicista e producer emergente. Padre tunisino, madre italiana, vive a Napoli e adesso sta lavorando al suo nuovo album. Tre mesi fa ha deciso di abortire, è andata in ospedale non immaginando che fosse l'inizio di un incubo, che ha raccontato sui social.

Partiamo dall'inizio.

«Mi presento all'ospedale San Paolo. Il ginecologo mi visita, non mi chiede nemmeno il nome, ma se avessi un partner e che lavoro facesse. E poi il suo conto non mi tornava».

In che senso?

«Dice che sono alla decima settimana. E aggiunge che se eravamo arrivati fino a questo punto voleva dire che il bambino in realtà volevamo tenerlo».

Non era vero?

«No, ero convinta della mia

scelta. Ed ero all'ottava settimana. Lo sapevo per certo perché il mio compagno vive in un'altra città».

E il ginecologo?

«Allude che forse c'è un altro, dice che le macchine non sbagliano, e si rifiuta di firmare l'ecografia».

Cosa fa a questo punto?

«Consulto un ginecologo privato, che mi spiega che erano stati messi dei parametri sbagliati. Conferma che ero all'ottava, come dicono anche al Caldarelli, dove decido di andare».

Ma anche qui non è stato facile.

«Intanto le visite sono possibili solo il mercoledì perché negli altri giorni ci sono solo obiettori. La ginecologa decide per l'intervento, nonostante ci fossero le condizioni per utilizzare il farmaco, mi mettono in una stanza con altre due donne proprio di fronte alle partorienti. Né al mio compagno né a quello delle altre è consentito l'accesso. Eppure avere una persona accanto sarebbe importante. Non sono previsti degli antidolorifici e ad oggi mi chiedo se questo non fosse una sorta di punizione».

Ha denunciato anche altre piccole ma significative difficoltà.

«In bagno la porta non si chiudeva completamente e non c'era carta. Abbiamo do-

vuto aiutarci tra di noi. Quando mi hanno portato in barella sono passata proprio davanti alla sala d'aspetto dove c'era il mio compagno, mia madre e tanta altra gente. Può sembrare un dettaglio insignificante, ma l'ho trovato una violazione della mia intimità, come se ti facessero passare in "un corridoio della vergogna". Quando ho chiesto a un'infermiera di staccarmi la flebo lei mi ha risposto di no perché era un'obietttrice. Alla fine dell'operazione mi hanno detto che la prossima volta ci avrei dovuto pensare bene, di stare più attenta».

Come si è sentita?

«È stato brutale, hanno fatto di tutto per farmi sentire in colpa e rendere scoraggiante l'esperienza».

Non salva nessuno?

«L'assistente sociale è stata molto gentile ed empatica. E l'anestesista è stata l'unica figura che ha dimostrato professionalità, rispetto e supporto, in quei momenti è stato di grande conforto. Per il resto, niente. Anche due giorni dopo, quando sono tornata per un controllo, sono stata io a chiedere la profilassi anti-D



avendo il sangue RH negativo, perché mi ero informata. Rischio di avere complicanze alla prossima gravidanza».

Perché ha raccontato tutto sui social?

«Ho sentito la necessità di denunciare le ingiustizie che ho subito per dare voce anche a quella di tutte le altre donne che, come me, sono state ostacolate e umiliate per aver deciso di esercitare un proprio diritto».

Chi le ha scritto?

«Moltissime donne mi hanno raccontato le loro esperienze, troppo spesso traumatiche. C'è chi ha segna-

lato anche esperienze più positive della mia, soprattutto in regioni come la Lombardia o la Toscana, e sto lavorando ad una lista di ospedali consigliati in base a tutte le esperienze inviatemi. Ho ricevuto anche tanti messaggi di odio, in cui sono stata insultata e definita un'assassina».

Ora che farà?

«Sto facendo le mie valutazioni, avvocati, associazioni e medici legali si sono offerti di assistermi. Se servirà, offrirò

la mia testimonianza e il mio impegno. Se posso essere utile non mi tirerò indietro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un ginecologo del San Paolo ha provato a farmi credere di essere alla decima settimana per farmi cambiare idea

Al Cardarelli le visite sono possibili soltanto il mercoledì perché negli altri giorni ci sono medici obiettori

Ora faccio le mie valutazioni con avvocati e medici. E se servirà offrirò la mia storia, non intendo tirarmi indietro

La denuncia

«Dopo il mio post molte donne mi hanno scritto di esperienze traumatiche»



La foto

Artista

La cantante italo-tunisina Linda Feki, conosciuta come LNDFK, in una foto pubblicata sul suo profilo Instagram, dove conta oltre 13 mila follower

IN OSPEDALE

La foto postata sui social da Linda Feki nel post in cui racconta la sua odissea per esercitare il diritto all'aborto. La cantante ha scelto di denunciare pubblicamente quanto le è accaduto, incassando solidarietà ma anche attacchi.

