

21 marzo 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



il Giornale

21/03/2024

Visite, rimborsi tagliati «Così tariffe insostenibili»

Protesta dell'Unione degli ambulatori: «Solo 12 euro per un esame cardiologico». Il ministero pronto a correggere le cifre

Maria Sorbi

■ Per le nuove tariffe su visite ed esami è tutto da rifare. O per lo meno da correggere. È «insostenibile» rimborsare una visita cardiologica con 12 euro e tagliare dal 35% all'80% i contributi su tac e diagnostica per immagini. Lo denuncia l'Unione degli ambulatori e dei poliambulatori Uap e lo riconosce lo stesso ministero alla Salute che sta valutando di rinviare il nuovo tariffario atteso per aprile. Ci sarà così il tempo di rivedere le cifre e di sanare la portata del rimborso che - va detto - è stata ereditata dal passato.

«Il ministro Schillaci è disponibile a rinviare il provvedimento sul nuovo nomenclatore tariffario - spiega il presidente del Lazio Francesco Rocca intervenendo alla manifestazione organizzata a Roma da Uap, Aris e Aiop per chiedere la sospensione delle nuo-

ve tabelle - perché ha ben chiaro che vanno fatti degli approfondimenti e che c'è necessità di trovare il giusto punto di caduta sul tariffario».

Altrimenti i tagli comporterebbero una drastica riduzione delle prestazioni e dunque l'esplosione delle liste d'attesa, che già sono uno dei nodi più ostici che il Governo deve sciogliere.

Da 7 anni sono 3mila tra prestazioni ambulatoriali e protesiche attendono di essere aggiornate. Sono i Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le cure che il servizio sanitario pubblico è tenuto a dare a tutti i cittadini gratis o con pagamento di ticket, nel Ssn o tramite centri privati accreditati. Dopo anni tira e molla tra governo e Regioni sulle risorse da assegnare, ci sarà un nuovo rinvio. «Si tratta di tagli che non riguardano solo la sanità privata accreditata ma anche, in egual modo, le strutture pubbliche, dove già si registrano inefficienze e drammatiche

liste d'attesa - commenta Mariastella Giorlandino, rappresentante salute, università e ricerca di Confapi - Tagliando ulteriormente i finanziamenti, come si pensa si possano adeguare e gestire i futuri percorsi di presa in carico e assistenza della collettività? Assisteremo a un'ulteriore divaricazione tra i cittadini delle regioni che hanno potuto e scelto di integrare le tariffe con risorse proprie e quelle che non sono riuscite a farlo».

E ancora: «Se non si interviene, la sanità italiana rischia il collasso - spiega Giorlandino - e non dimentichiamoci che abbiamo anche il Giubileo alle porte».

«Se vogliamo parlare della parte produttiva, si tratta di più di 5mila strutture private accreditate nel territorio nazionale, più di 36mila addetti impiegati diretti nel settore - precisa Luca Marino, vice presidente sezione sanità Unindustria - Penso che il governo debba avere cura anche di questo aspetto, anche se l'aspetto più importante di cui il ministe-

ro della Salute si dovrebbe interessare è l'assistenza sanitaria territoriale ai cittadini, che passa per il 60% attraverso queste strutture private accreditate e il resto 40% attraverso strutture a gestione pubblica. Sia le strutture private sia quelle pubbliche, con un taglio delle tariffe di questo genere andranno in crisi perché la stessa tariffa viene applicata per il pubblico e per il privato. È totalmente insensato emanare un tariffario che contenga delle tariffe che non coprono neanche i costi».

21/03/2024

La protesta delle associazioni sanitarie

«No al taglio dei rimborsi agli ospedali»

Le richieste della categoria: compensi troppo bassi mettono in difficoltà le strutture, si sospenda il nuovo tariffario fino al 2025

LUCA PUCCINI

■ «È fondamentale che si prenda coscienza della gravità di questa situazione poiché è in gioco la salute collettiva». Mariastella Giorlandino è una che non ci gira tanto attorno. È anche la rappresentante del settore Salute della Confapi, la Confederazione italiana della piccola e media industria privata: «Solo per fare un esempio», continua, «ché sul pratico la questione diventa chiara, «non si possono sostenere i costi con tariffe che prevedono dodici euro per una visita cardiologica». Il problema è quello dei tagli ai rimborsi delle prestazioni sanitarie, una sforbiciata che dovrebbe arrivare fino all'80% e che si abatterà sia sulle strutture pubbliche che su quelle private convenzionate.

IL NOMENCLATORE

Il nuovo «nomenclatore tariffario» (si chiama proprio così: è il documento, periodicamente aggiornato dal ministero della Sanità, che stabilisce

la tipologia e le modalità di fornitura degli ausili a carico del Ssn, il Servizio sanitario nazionale) solleva diverse critiche.

Prevede, infatti, tariffe che in molti casi risultano addirittura inferiori ai costi dei materiali e se c'è una cosa che ci ha insegnato, la pandemia da Covid che ci siamo, fortunatamente, lasciati alle spalle, è che poi ne va della pelle di tutti. «Per procedere alla nuova strutturazione tariffaria», è ancora Giorlandino che parla, «sarebbe stato indispensabile assicurarsi preliminarmente la disponibilità dei fondi. Per questo stupisce la manovra del ministero (quello retto da Orazio Schillaci, ndr), dato che siamo certi che nessuno dell'attuale governo li avrebbe negati, soprattutto in considerazione della condivisa importanza fondante della medicina del territorio».

Prima la pandemia, poi i bilanci in rosso, le liste d'attesa infinite: in una nota si spiega che, così facendo, le possibili conseguenze sono tre. O

(uno) si vedrà il collasso delle strutture sanitarie, pubbliche e convenzionate che siano, soprattutto nel Meridione; o (due) verranno sforbiciati migliaia di posti di lavoro; o (tre) si assisterà al tracollo dell'assistenza sanitaria, magari per quei pazienti affetti da malattie gravi e croniche.

«Con l'applicazione del nuovo «nomenclatore» la progettualità dell'implementazione della rete di punti prelievi e lo sviluppo della medicina di prossimità non avverranno mai», aggiunge Giorlandino, secondo la quale «evidentemente la politica non ha compreso il nostro ruolo nello scacchiere sanitario. Noi rappresentanti di Uap (l'Unione degli ambulatori e dei poliambulatori, ndr) abbiamo partecipato ai tavoli di lavoro del ministero, ogni volta che è stata chiesta la ragione per cui, dopo sette anni di stallo, si sia arrivati a definire l'attuale provvedimento, la risposta non è stata chiara».

LISTE D'ATTESA

Questi tagli, specifica, «non riguardano solo la sanità privata accreditata, che pure possiede i requisiti per prestare i servizi di prevenzione, diagnosi e cura ed è ufficialmente riconosciuta parte integrante del Ssn, ma in egual misura anche le strutture pubbliche, dove peraltro già si registrano inefficienze e drammatiche liste d'attesa».

L'Uap, in concerto con l'Aris (l'Associazione religiosa degli istituti socio-sanitari) e l'Aiop (l'Associazione italiana dell'ospitalità privata), chiede quindi la sospensione del nuovo «nomenclatore tariffario» fino al 2025, anno in cui saranno disponibili nuovi (e adeguati) fondi, come auspica anche il governatore del Lazio Francesco Rocca (Fdi). Ieri mattina, al teatro Brancaccio di Roma, è stata indetta una riunione pubblica per parlare proprio di questa problematica.

20 mar
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Nuovi Lea/ Tariffario specialistica ambulatoriale: il rinvio sine die successo solo parziale, rifare tutto da capo

di *Valter Rufini* *

Un'ulteriore serie di gravi rischi incombe sulla Sanità italiana: i cittadini potrebbero a breve trovare inaccessibili migliaia di laboratori di analisi privati accreditati al Ssn a causa del nuovo Nomenclatore Tariffario di specialistica ambulatoriale (Decreto 23/6/2023 del Ministero della Salute e del Mef) che impone pesanti e ingiustificati tagli ai rimborsi per le nostre strutture su analisi, esami, visite e interventi chirurgici. Ho lanciato questo allarme nel corso del meeting del 20 marzo a Roma presso il Teatro Brancaccio, che ha visto la partecipazione di centinaia di operatori sanitari assieme ai rappresentanti di varie organizzazioni della Sanità privata riunite sotto la sigla Uap (Unione ambulatori e poliambulatori). Oltre alla mia organizzazione FederAnisap, figurano principalmente: Aiop Lazio, Anmed, **Aris**, Associazione Imprese Sanitarie Indipendenti, Confapi Salute Università Ricerca, Fenaspat, FederBiologi, FederLab, FederLazio e Unindustria. Altre sigle sanitarie hanno annunciato l'adesione a breve.

Non si tratta di un'aggregazione improvvisata né di un momento isolato: intendiamo da qui in avanti procedere uniti, soprattutto dopo il parziale successo che abbiamo ottenuto con il rinvio sine die dell'entrata in vigore del



nuovo Tariffario, annunciato in diretta al nostro incontro di oggi dal Presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, e confermato dal Ministro Schillaci. Ciò dimostra che le ragioni della nostra protesta erano corrette, ma una proroga non ci basta: riteniamo infatti che occorra rivedere l'intero impianto del provvedimento dopo un confronto serio e costruttivo con tutte le parti in causa.

Del resto, tutti riconoscono che le dimensioni e le cifre del nostro settore sono imponenti: secondo l'Annuario Statistico del Ssn a cura del ministero della Salute (dati aggiornati al marzo 2023) sono 8.778 le strutture di assistenza specialistica ambulatoriale in Italia, di cui il 60,4% (5.304 strutture) sono private. A queste si aggiungono 902 Istituti o Centri di riabilitazione privati accreditati che portano il totale delle strutture private accreditate a 6.206. Le prestazioni erogate dai laboratori di analisi italiani superano il miliardo all'anno (1.075.028.703), cui si assommano le oltre 53 milioni di prestazioni annue della Diagnostica per immagini pari a 51.643.088 prestazioni di Radiologia Diagnostica e 2.175.107 di Medicina nucleare.

L'intento è di collaborare con la parte pubblica per mantenere un Sistema sanitario d'eccellenza, consentendo a tutti i protagonisti di svolgere la propria attività in favore e a beneficio dei cittadini, senza contrapposizioni e soprattutto senza conflitti. Tuttavia, rileviamo che i vincoli di natura finanziaria oggi esistenti, inaspriti dalle difficoltà delle Regioni, non consentono di dare ai cittadini l'assistenza sanitaria totale riferita all'Art. 32 della Costituzione.

Le strutture private hanno un ruolo territoriale rilevante, mettendo a disposizione la professionalità, il rapporto medico-utente e le tempistiche idonee per la diagnosi e la cura nel pieno rispetto della libertà di scelta e della centralità del paziente. I laboratori e ambulatori privati convenzionati rappresentano realmente agli occhi dei cittadini i principali erogatori della medicina del territorio, un punto di riferimento per chi ha la necessità frequente di effettuare controlli e analisi, con la certezza di una risposta rapida e puntuale.

Dobbiamo purtroppo constatare che tra i nostri associati, al momento, sono a rischio ben 36mila posti di lavoro, fra cui 1.000 rappresentati da medici, mentre se non si raggiungesse un accordo definitivo sul Nomenclatore, le liste d'attesa, già in forte aumento, subirebbero un tracollo epocale, poiché i cittadini non avrebbero più la possibilità di prenotare prestazioni del Ssn in oltre 6.200 centri privati, che finora, grazie a centinaia di milioni di prestazioni annue, costituivano una essenziale valvola di sfogo in aiuto alle strutture pubbliche.

Va evidenziato infine che attraverso le prestazioni di diagnostica vengono prese il 75% delle decisioni cliniche per la salute dei cittadini. Non a caso le Regioni più virtuose d'Italia come Lombardia, Emilia Romagna e Toscana

hanno affrontato il problema in maniera logica e razionale valutando le nuove tariffe ministeriali anti economiche per i propri bilanci e le hanno modificate negli aspetti palesemente sotto dimensionati rispetto ai costi di produzione. Ricordiamo ancora che ciò è previsto dallo stesso decreto, ovvero la possibilità da parte delle Regioni di dotarsi di un proprio tariffario a patto che le differenze derivanti siano coperte dal proprio bilancio. Questa previsione trova il suo razionale nel fatto che ogni Regione ha delle peculiarità tali da poter decidere diversamente.

** Presidente FederAnisap (Federazione nazionale delle associazioni regionali o interregionali delle Istituzioni sanitarie private)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

7colli » Cronaca » Sanità, sui rimborsi Rocca tranquillizza i centri diagnostici: “Il Governo darà la proroga”

Sanità, sui rimborsi Rocca tranquillizza i centri diagnostici: “Il Governo darà la proroga”

Leonardo Martino - 20 Marzo 2024



Straordinario successo ha riscosso questa mattina la manifestazione della UAP – Unione Ambulatori e Poliambulatori – che si è tenuta presso il Teatro Brancaccio di Roma. Migliaia di partecipanti provenienti da tutta Italia hanno affollato gli spazi del Teatro Brancaccio per essere presenti ed in prima linea, sostenere la causa comune e far sentire la loro voce.

Il tema centrale

Le disposizioni del Ministero della Salute sul nuovo Nomenclatore tariffario annunciate negli ultimi mesi, che prevedono il taglio dei rimborsi delle prestazioni sanitarie fino all'80%, sia alle strutture pubbliche sia alle private convenzionate.

In spirito sinergico, con grande garbo, professionalità, grinta e passione sono state illustrate e condivise le ragioni delle richieste della UAP, fortemente preoccupata delle drammatiche conseguenze correlate all'applicazione di tali provvedimenti, e cioè:

- rischio di collasso e fallimento delle strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate, soprattutto nelle Regioni del Sud Italia, in piano di rientro;
- rischio di perdita di oltre 36.000 di posti di lavoro;
- rischio tracollo dell'assistenza sanitaria italiana e neutralizzazione della medicina del territorio, soprattutto per i pazienti affetti da malattie gravi e croniche.

Gli interventi

Sono intervenuti i seguenti importanti esponenti del mondo sindacale e associativo, rappresentante gli imprenditori ed i professionisti che operano nella sanità italiana: **Luca Marino – Unindustria Sezione Sanità, Valter Rufini – Anisap, Elisabetta Argenziano – Federbiologi, Alessandro Casinelli – Federlazio Salute, Giovanni Onesti – Aisi, Mariastella Giorlandino – Confapi Sanità, Michele Bellomo – Aris, Filippo Leonardi – Aiop, Aldo Allegretti – Confapi Puglia, Alfonso Postiglione – Confocommercio Sanità dipartimento Campania, Antonio Magi – Ordine dei Medici di Roma, Pier Paolo Polizzi – Fenaspat, Elisa Interlandi – An-Med, Roberto Messina – Federanziani.**

Il dibattito

Tutti i relatori hanno dibattuto in grande coesione e sinergia, fortemente uniti dal comune obiettivo di tutelare il diritto alla salute della singola Persona e della Collettività. Si è parlato della imprescindibilità della collaborazione tra sanità pubblica e sanità privata, che deve fondarsi su regole di governance comuni, non più frastagliate e disallineate; si è ricordato il ruolo cruciale delle strutture private accreditate per il SSN e l'assistenza territoriale; sono state spiegate le caratteristiche e le differenze tra il vecchio e il nuovo nomenclatore tariffario. Hanno attivamente partecipato anche importanti esponenti delle Istituzioni, manifestando il loro pieno sostegno agli organizzatori dell'iniziativa, in particolare: il **Sen. Maurizio Gasparri, il Sen. Domenico Gramazio e l'On. Renata Polverini**, che hanno. **Ma l'inaspettato intervento dell'On. Francesco Rocca, presidente della Regione Lazio, a sostegno della causa delle associazioni della sanità privata convenzionata, ha suscitato l'entusiasmo più grande.**

La sorpresa di Rocca

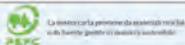
Questo gesto inatteso da parte del Presidente Rocca ha dimostrato che la Sanità Privata accreditata è ancora considerata una risorsa preziosa e imprescindibile per la salute ed il benessere di tutti i cittadini italiani; la presenza del Presidente Rocca ed il suo impegno concreto hanno ispirato fiducia e determinazione nell'affrontare le sfide del settore. Le tariffe e le modalità di remunerazione delle prestazioni saranno oggetto di attenzione e discussione nei prossimi mesi.



la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari



Giovedì 21 marzo 2024

€1,70

BUFERA POLITICA

Bari, colpo di mano

Blitz del Viminale dopo l'inchiesta sul voto di scambio. Il Comune del centrosinistra potrebbe essere sciolto per mafia. L'operazione partita dopo un summit del centrodestra. Il sindaco Decaro in lacrime: "Un sabotaggio, rinuncio alla scorta"

Meloni, in aula pace di facciata con Salvini e poi scintille con Schlein

Il caso Bari esplose all'indomani dei 150 arresti che hanno coinvolto anche una consigliera comunale, Maria Carmen Lorusso, eletta con il centrodestra ma poi passata, con il marito, l'ex consigliere regionale Giacomo Olivieri, nelle file di Decaro. Il ministro dell'Interno Piantedosi, attaccato dal centrosinistra, spiega: «È un accesso ispettivo per verificare i fatti». Il sindaco Decaro dice che potrebbe rinunciare alla scorta. E tra Meloni e l'opposizione è scontro in aula.

di Carlucci, Ciriaco, De Matteis, Foschini, Lauria e Vitale da pagina 2 a pagina 6

Il commento

Entrata a gamba tesa

di Carmelo Lopapa

Il controllo su chi gestisce il potere è fondamento e sale della democrazia. Un filtro che deve scattare a qualsiasi livello, dal Consiglio comunale fino a Palazzo Chigi, dalla più piccola amministrazione locale a chi governa le istituzioni più alte. Ma se il meccanismo di sorveglianza e di verifica - l'invio di una commissione di "accesso agli atti", per esempio - viene sollecitato con una certa insistenza da un gruppo di parlamentari di maggioranza e prontamente disposto dal ministero dell'Interno, allora sono i principi di quella stessa democrazia ad essere messi pericolosamente in discussione. Quel che si sta verificando in questi giorni a Bari non ha precedenti e desta una legittima preoccupazione. a pagina 25

Le idee

Il premierato autocrazia illiberale

di Gustavo Zagrebelsky

Il gran ballo della riforma costituzionale si è riaperto. Nessun indovino ne conosce la fine. Alla luce sia della teoria che della esperienza, qualche cosa, però, si può dire. La prima è che non si tratta affatto solo di aggiornare la Costituzione, come si dice candidamente. L'oggetto delle Costituzioni è il potere legale: lo creano, lo suddividono o lo concentrano, lo distribuiscono. All'inizio d'un ciclo storico, scrivere la Costituzione è relativamente facile perché le decisioni da prendere sono in astratto: non si sa prevedere chi ne approfitterà. Le discussioni, nelle fasi nascenti, si aprono alle grandi visioni del buongoverno, sfiorando spesso l'utopia. La riforma in corso d'opera è cosa diversa e più difficile. Fare è più facile che rifare. a pagina 10

L'equilibrio precario del presidente



Il presidente Biden con le sneaker incriminate

I piedi ben piantati dell'America Biden e le sneaker anti-caduta

di Massimo Basile a pagina 11

Il caso Montecarlo

Valter Lavitola: "Su quella casa incastrai Fini ma sono pentito"

di Stefano Cappellini



a pagina 8

Notizie avvelenate

di Carlo Bonini

La violenza con cui Alessandro Sallusti, direttore de il Giornale ha aggredito ieri, nel suo editoriale, Repubblica, il suo giornalismo e Giuseppe D'Avanzo, una delle firme che ha contribuito a scrivere la storia di questo giornale e a definirne l'identità, non meriterebbe risposta. Non fosse altro perché non ne è degno chi, a distanza di tredici anni, si avventa sul lavoro di un uomo - il nostro fratello amico Peppe - portato via da un infarto una mattina di luglio del 2011. E quindi nelle condizioni di non poter argomentare le ragioni per le quali nell'estate del 2010 era convinto che l'inchiesta de il Giornale sulla casa di Montecarlo di Fini fosse orientata dallo spin di Berlusconi, allora premier ed editore de il Giornale. a pagina 25

HERNO advertisement featuring a white coat hanging on a hanger.

Cultura advertisement: I treni italiani e il check-in kafkiano. di Chiara Valerio a pagina 24.

Domani in edicola advertisement: Sul Venerdì Luca Guadagnino tra sesso e tennis. di Chiara Valerio a pagina 24.

Antitrust francese advertisement: Contenuti online maxi multa a Google da 250 milioni. dalla nostra corrispondente Anais Ginori a pagina 15.

CORRIERE DELLA SERA

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

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63767510
mail: servizioclienti@corriere.it



Oggi gratis
Le prime pagine
Il Corriere racconta
in edicola con il quotidiano
ogni mercoledì e giovedì



Pact4Future
L'inclusione,
la forza delle parole
di Mahmood
a pagina 24



Noi, la Ue, l'Africa

IGIOVANI
TALENTI
PER L'ITALIA

di Maurizio Ferrera

Il partenariato strategico con l'Egitto, avviato con il recente viaggio al Cairo di Giorgia Meloni, Ursula von der Leyen e tre altri primi ministri Ue, è stato criticato per due motivi. L'Egitto è un Paese autoritario che non rispetta i diritti umani; i fondi che la Ue trasferirà saranno principalmente destinati a bloccare le partenze di migranti, minacciando la loro sicurezza. Le preoccupazioni sono fondate, ma il partenariato contiene molti altri progetti, fra cui misure volte a facilitare l'ingresso regolare in Europa di giovani qualificati. Può sembrare una iniziativa di poco conto, o addirittura una foglia di fico. Ma se ben finanziata e organizzata, la «mobilità internazionale dei talenti» aiuterebbe l'economia egiziana e contribuirebbe a risolvere la sfida demografica dell'Europa. Per sostenere economicamente l'invecchiamento della popolazione, i Paesi Ue hanno bisogno di più crescita e innovazione. Senza un rapido incremento delle competenze dei giovani (in particolare nelle discipline Stem), questo obiettivo risulta difficilmente raggiungibile. In diversi Paesi Ue e in molte regioni al loro interno il «bacino dei talenti» è attualmente sottodimensionato. La quota di laureati nella classe di età 25-34 è pari al 41% in media Ue, solo il 21% in Italia. Un numero già oggi insufficiente per riempire i posti di lavoro nei settori dell'economia verde, di quella digitale e di quella «bianca» (servizi socio-sanitari).

continua a pagina 30

Schlein: «La premier è incoerente su tutto». Conte: «Così ci porta alla terza guerra mondiale»

Russia, scintille alla Camera

Meloni: su Kiev contano i voti. L'abbraccio a Salvini. Opposizioni all'attacco

La premier Giorgia Meloni interviene in Aula dopo le polemiche sulle elezioni in Russia e il conflitto in Ucraina. «Non ho avuto bisogno di arrivare al governo per garantire il sostegno a Kiev. Contano i voti». L'abbraccio con il leader della Lega Matteo Salvini. Sulla vittoria di Putin la segretaria del Pd Ely Schlein attacca la premier ricordando il messaggio di felicitazioni che aveva inviato allo zar dopo le elezioni del 2018. Poi l'attacco del leader del M5S Giuseppe Conte che accusa la premier di portarci alla terza guerra mondiale.

da pagina 2 a pagina 6
Basso, Breda
M. Cremonesi
Logroscino, Piccolillo



GIANNELLI
Una pace breve e plateale,
poi riparte la sfida leghista

di Monica Guerzoni

Giorgia e Matteo, una riconciliazione troppo breve e a favore di telegame, poi nuove tensioni. a pagina 3

L'INTERVISTA - CHIARA APPENDINO (M5S)
«Il campo largo con il Pd? Ogni regione fa storia a sé»

di Emanuele Buzzi

In Piemonte lo strappo è dovuto alle «forzature» del Pd, dice Appendino. a pagina 11

LO SCONTRO CON IL VIMINALE

Bari e l'ipotesi di scioglimento
Decaro in lacrime: levatemi la scorta



di Alessandra Arachi e Fabrizio Caccia

«S e c'è anche un solo sospetto di infiltrazione della criminalità nel Comune, io rinuncio alla scorta». Il sindaco di Bari Antonio Decaro in lacrime dopo l'ipotesi di scioglimento del Consiglio. alle pagine 8 e 9
Frignani, Strippoli

La storia Sabalenka in campo a Miami: sconvolta, ci eravamo lasciati



La tennista bielorusa Aryna Sabalenka, 25 anni, si allena a Miami, dove ha deciso di scendere in campo dopo il suicidio dell'ex compagno Konstantin

La campionessa, il dolore e quella scelta di giocare

di Monica Scozzafava

«Torno a giocare»: la scelta di Aryna Sabalenka, la tennista numero 2 al mondo, dopo la tragica fine di Konstantin Koltsov, suo compagno per tre anni, morto dopo un volo dal balcone di un resort a Miami. La tennista sui social: sconvolta, ci eravamo lasciati. a pagina 53

Il caso Da Pisa a Torino e Bologna
Gli atenei e Israele, cresce la tensione sul «boicottaggio»

di Valentina Santaripa e Alfio Sciacca

«Stop alla ricerca con Israele», bufera sull'ateneo di Torino. Il boicottaggio verso Israele si allarga ad altre università, da Bologna a Pisa gli studenti chiedono di disdire gli accordi. alle pagine 12 e 13

Milano La Curia difende il preside
Ramadan a scuola, stop del ministero: chiusura irregolare

di Giovanna Maria Fagnani

«Irregolare la chiusura della scuola per la fine del Ramadan». Così l'ufficio scolastico regionale sul giorno di vacanza deliberato dall'istituto di Pioltello. Ma la Curia difende il preside. a pagina 20

IL ROMANZO UFFICIALE
MARE FUORI
LE FORME DELL'AMORE
COLLEZIONE
Rai Librai

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini
Immobiliare Gaza
Se invece di perdere tempo a lamentarsi, i palestinesi avessero messo in piedi un franchising edilizio, sai quanti resort sarebbero riusciti a completare? E oggi Gaza sarebbe un paradiso per milionari in cui Kushner potrebbe giocare a golf con suo suocero.
Ma ormai quel che è stato è stato, sembra riconoscere a malincuore il Generissimo. E suggerisce a Netanyahu di «ripulire» la Striscia, qualunque cosa intenda dire con quel verbo, e spostare gli abitanti nell'accogliente deserto del Negev. Lì non c'è dubbio che i palestinesi potranno finalmente fare soldi a palate costruendo attici esclusivi con vista su un miraggio e parchi giochi a tema, compresa una Trump Tower a grandezza naturale, tutta di sabbia.

MAK
DESIGN & PASSION
www.makwheels.it

LA BORSA

Gucci spaventa la moda la Cina non compra più

DANILO CECCARELLI



Il primo tassello a cadere nel domino borsistico del lusso è stato quello di Kering, che ieri ha visto il suo titolo crollare a Parigi trascinando con sé altri gruppi del settore. -PAGINA 21

IL TURISMO

Perché ora gli stranieri amano il Piemonte

LUCA FERRUA



Il turismo come fabbrica di futuro per il Piemonte? Se ne parla da anni con scetticismo ma ora i numeri raccontano un'altra storia. Nel 2023 i visitatori stranieri della regione hanno superato quelli italiani. -PAGINA 23

IDROCENTRO
TUTTO INOX!
tubazioni, raccorderia
www.idrocentro.com

LA STAMPA

GIOVEDÌ 21 MARZO 2024

IDROCENTRO
TUTTO INOX!
tubazioni, raccorderia
www.idrocentro.com

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N. 80 II N. 80 II ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-T0 II www.lastampa.it



SI SALDANO LE PROTESTE DEL METEO E DEGLI ANTI-ISRAELE. GLI ATENEI DI TEL AVIV: ROTTURA CON NOI INCOMPRESIBILE

Torino, Università senza Pace

L'allarme del governo: preoccupa il clima antisemita. Contestata la lectio magistralis di Saraceno

IL COMMENTO

Sbagliato interrompere i rapporti con Israele

SUSANNA TERRACINI

Il Senato accademico dell'Università di Torino ha approvato martedì 19 marzo il testo seguente: «Il Senato accademico dell'Università ritiene non opportuna la partecipazione al bando del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, visto il protrarsi della situazione di guerra a Gaza». Si tratta di un accordo di cooperazione industriale, scientifica e tecnologica fra Italia e Israele che prevede, fra altre azioni, progetti di ricerca congiunti fra ricercatori italiani e israeliani (su temi che escludono applicazioni belliche). Ho manifestato il mio dissenso (unica nel Senato) perché sono fortemente contraria per principio al blocco delle collaborazioni scientifiche nel caso di conflitti. -PAGINA 4



Non diventi un '68 deterioro

GIUSEPPE SALVAGGIULO

Frangere estremiste hanno egemonizzato le studentesse che da Torino hanno rotto il velo su prevaricazioni e molestie all'Università. -PAGINA 21

Galimberti: tolleranza è amare

SIMONETTA SCIANDIVASCI

«La tolleranza è possibile solo se ascolto l'avversario. Se credo che possa allargare la mia visione del mondo». -PAGINA 24

L'INTERVISTA

" Hamas ha i miei cugini ma non voglio la tregua "

FRANCESCA MANNOCCCHI

Involti, le immagini di Ariel e Kfir, un anno compiuto in prigionia, sono diventate i simboli del massacro del 7 ottobre e la ferita aperta che rappresentano in Israele i 130 ostaggi ancora nelle mani di Hamas e degli altri gruppi armati a Gaza. La ferita del dilemma morale: qual è il prezzo per riaverli a casa? Ma anche lo scollamento tra la fermezza di Netanyahu nel continuare le operazioni nella Striscia e le proteste che ogni settimana con più forza continuano a chiederne dimissioni. -PAGINA 5



MELONI DIFENDE SALVINI E ORBAN. M5S: COSÌ CI PORTA AL CONFLITTO MONDIALE

Russia, i piani di guerra dell'Europa

IL RETROSCENA

La sfida Schlein-Conte "L'anti-Giorgia sono io"

FRANCESCA SCHIANCHI

Mentre Giorgia Meloni replica stizzita all'opposizione «ragazzi, vi vedo sempre un po' nervoso», mentre i banchi dem esplodono sull'accusa di «ambiguità» sull'invio di armi all'Ucraina, la segretaria Pd Elly Schlein e il leader del Movimento Cinque stelle Giuseppe Conte non ci sono. -PAGINA 7

L'ECONOMIA

"Progetto pace fiscale per multe, Imu e Tari"

Paolo Baroni

Lagarde: "A giugno il taglio dei tassi"

Fabrizio Gorla

Ma la svolta della Bce è ancora lontana

Stefano Lepri

LE INFILTRAZIONI MAFIOSE

Resa dei conti a Bari le lacrime di Decaro

BARBERA, D'AUTILIA, GRIGNETTI

Bari, esterno giorno. Davanti alla stazione attendono di partire i bus a metano entrati in servizio un mese prima della bufera giudiziaria sull'azienda dei trasporti. Una turista polacca chiede le indicazioni per la città vecchia, ma si raggiunge in dieci minuti di strada pedonale. -PAGINE 12 E 13

L'INCHIESTA

Caso Ilaria Alpi 30 anni di depistaggi e quell'automobile ferma a Saxa Rubra

ANDREA PALLADINO



Sono quasi un centinaio i faldoni ancora sotto segreto, non consultabili, dell'archivio della commissione parlamentare d'inchiesta sull'omicidio di Ilaria Alpi e Miran Hrovatin. A metterli in fila occuperebbero un'intera libreria. Dossier classificati, come "segreti" o "riservati", confluiti a palazzo San Macuto tra il 2004 e il 2006, il biennio di attività dell'organismo della Camera dei deputati guidata da Carlo Taormina. La cifra rappresenta poco più del 10% della documentazione acquisita nel corso dell'inchiesta parlamentare. -PAGINA 19

IL CASO A MIRAFIORI

Agguato col machete arrestato un nobile

GIANNI GIACOMINO

Finiva la fuga del ragazzo che, a Torino, ha ferito con un machete un 23enne. -PAGINA 16

I DIRITTI

Quei suicidi in cella e la politica cieca

FRANCESCO PETRELLI

La politica italiana non ha mai avuto un rapporto sano con il carcere. -PAGINA 23

MAICO GIN
Liquore Profumato Drai Gin
SIBONA WWW.DISTILLERIASIBONAI.T

BUONGIORNO

C'erano una volta un tenente della Finanza applicato alla Direzione nazionale antimafia, Pasquale Striano, un sostituto procuratore della medesima Direzione, Antonio Laudati, e il loro ex grande capo, Federico Cafiero De Raho, nel frattempo eletto deputato coi Cinque stelle. Si scopri che il tenente Striano aveva recuperato dai database, e forse diffuso, migliaia di notizie che non andavano né recuperate né diffuse. Ho fatto soltanto quello che mi hanno detto i magistrati, disse Striano, e parve riferirsi in particolare al pm Laudati. Tutte le mie attività sono avvenute sotto il controllo del procuratore nazionale, disse Laudati, e parve riferirsi in particolare a De Raho. Il quale replicò: non ne so nulla, di questa storia sono una vittima. Quindi - se s'è capito bene - Striano dice è colpa

L'arco di trionfo

MATTIA FELTRI

di Laudati, Laudati dice è colpa di De Raho, De Raho dice è colpa di Laudati e Striano. Inebriante. Ma mentre il primo e il secondo, in omaggio a una lunga tradizione, scaricano sul loro superiore, il terzo - tradizione più recente, di matrice italiana e molto in voga nella magistratura - scarica sui cari inferiori. Cioè, se la procura antimafia arresta il tal boss o sgomina la tal cosca, il procuratore si presenta in conferenza stampa come sotto l'arco di trionfo. Se invece la procura la fa sporca, il procuratore non ne sa nulla. Una vittima. Che è magnifico in capo a trent'anni in cui di questo e quello s'è detto che non potevano non sapere. Invece talvolta si può non sapere, e si può persino non portare la responsabilità del cattivo funzionamento dell'ufficio di cui si porta la responsabilità.

Giorallo
Monete e Lingotti d'Oro
TORINO
www.cambiovarallo.it

Logo VALLEVERDE and date: Giovedì 21 marzo 2024. ANNO LVIII n° 69. 1,50 € San Nicola di File. padre di famiglia ed eremita.

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Logo VALLEVERDE SOFTSYSTEM and image of a sandal.

Editoriale LA VIA STRETTA DA PERCORRERE

FRANCESCO E IL REALISMO DELLA PACE. Riccardo Maccioni. È una questione di priorità, di parole e cuore con cui alimentare la speranza. In Ucraina, in Medio Oriente, in ogni luogo dove si combatte, oggi come sempre nella storia si tratta di calare l'ipotesi di futuro nella realtà concreta...

LO SFORZO PER LA PACE Francesco promuove la ricerca del dialogo. La testimonianza di Mukasarasi per la riconciliazione tra hutu e tutsi

Il Papa insiste: la guerra resta una sconfitta

ANDREA LAVAZZA. Il Papa non si arrende. Non può arrendersi. Le sofferenze delle popolazioni in guerra tormentano il suo cuore. E in ogni occasione rilancia il suo accorato appello umanitario...

CONSIGLIO EUROPEO Meloni a Bruxelles per Kiev. Ma rimane l'ombra di Salvini

Del Re, Iasevoli e Marcelli a pagina 8



«Così abbiamo ricucito le ferite del Ruanda»

ANNA POZZI. Sono passati trent'anni, ma quei giorni di aprile del 1994 sono impressi nella sua memoria come se fosse ieri. «Improvvisamente erano diventati tutti malvagi», ricorda Godelieve Mukasarasi, sopravvissuta per miracolo al genocidio che spazzò via dal Ruanda oltre 800mila persone...

TIMORI PER LA NUOVA LEGGE USA Sull'espulsione dei migranti Messico e Texas ai ferri corti

Molinari a pagina 11

IL FATTO I dati della Fondazione Ismu: aumentate a 213.716 le acquisizioni nel 2022. L'iter è lunghissimo

Molte più cittadinanze ma ci vogliono 15 anni

«Irregolarità», l'Ufficio regionale "invita" la scuola di Pioltello a non chiudersi per il Ramadan

BATURI (CEI) Sull'autonomia differenziata un documento dei vescovi

Preoccupati per un possibile allargamento delle differenze tra le diverse zone del Paese, i vescovi italiani pubblicheranno nelle prossime settimane un proprio pronunciamento sul tema dell'autonomia differenziata...

Muolo a pagina 7



PAOLO FERRARIO E DIEGO MOTTA. L'Italia è il Paese europeo che ha concesso più cittadinanze a persone straniere nel 2022, ma il problema è che per ottenere questo titolo servono in media 15-16 anni tra requisiti richiesti e iter legale necessario...

L. Beretta alle pagine 5 e 7

BAR: ISPEZIONE IN COMUNE Decaro in lacrime: uno sfregio politico

Spagnolo a pagina 9



CON I FONDI EUROPEI Un bando per 60 comunità di giovani

Traboni a pagina 10



POPOTUS La natura vittima di guerra. Dodici pagine tabloid

Facce Mirco Corradi. In una sera di festa. Era d'estate, in Val Pusteria. La festa del paese. Io, quindicenne, con mio padre guardavo la gente che ballava. Musica, birra, una bella serata...

«No», rispondo io, dura, e me ne vado, anzi quasi scappo. Mio padre mi insegna nella folla, io, arrabbiata, gli ingiungo di lasciarmi stare. Tempi piacionici: addirittura quel ragazzo aveva chiesto il permesso a mio padre...

Agorà FEDE E LETTERE L'ora più bella, l'incanto riscritto da Jean Grosjean. Intervista Brenda Navarro: «Il dolore migrante sulla rotta latina». Teatro Di Luca: «In scena denuncio il crac umanitario».

Advertisement for Obrelli gold jewelry. Text: 'L'ORO HA FATTO LA STORIA. Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro. ORO - GIOIELLI - MONETE. OBRELLI DAL 1929. www.oro.obrelli.it'.

LA REVISIONE DEL PIANO

Pnrr e Sanità, ira di Fitto sulla Corte dei Conti Le Regioni: i tagli ci sono

Il ministro respinge le critiche sull'eccesso di poteri: già previsti dai governi precedenti

**di Michele Bocci
e Giuseppe Colombo**

Furibondo, Raffaele Fitto. Il malcontento del ministro-regista del Pnrr monta al mattino, quando legge sui giornali le critiche della Corte dei conti al nuovo Pnrr: nel decreto per l'attuazione ci sono tagli alla sanità, coperture incerte e poteri affidati a Palazzo Chigi che sono incompatibili con la Costituzione. Fonti di governo fanno filtrare «irritazione». Ma dopo un passaggio con Giorgia Meloni, Fitto decide di ribattere alla Corte per iscritto. Con due note. Una scelta che allo stesso tempo fotografa uno scontro istituzionale permanente sul Pnrr: l'allergia alla supervisione indipendente ha già portato il governo di destra a cancellare il controllo concomitante e a criticare i numeri delle toghe contabili.

Nel nuovo atto della disfida, la replica più peccata è sui fondi sottratti alla sanità. Fitto si difende, ma le Regioni tengono il punto. Dopo la riunione sullo spostamento di 1,2 miliardi dal Piano nazionale complementare (Pnc) al Fondo per l'edilizia sanitaria "articolo" 20 resta netta la distanza tra il governo e le amministrazioni locali. Secondo l'esecutivo, come ha detto ieri anche la premier, non si tratta di un taglio, per le amministrazioni locali «politica-

mente ed economicamente non si può che definirlo in quel modo», come ha sottolineato il coordinatore degli assessori alla Salute Raffaele Donini. Prima o poi andrà trovata una soluzione: per il centrodestra sarebbe imbarazzante far durare molto a lungo lo scontro tra le Regioni che amministra e il suo governo.

I tecnici regionali fanno notare che con la programmazione dei fondi del Pnc erano stati già presi impegni giuridicamente vincolanti per circa 180 progetti dei circa 200 a suo tempo finanziati. «Ci chiedono di pagare con soldi che non ci sono ancora o non sono comunque esigibili», spiega Donini, riferendosi al fatto che ci vuole troppo tempo per accedere ai finanziamenti dell'articolo 20: «Abbiamo meno risorse, lo dice anche la Corte dei Conti». Fitto aggiunge: «Oggi residuano 2,2 miliardi liberi nel fondo articolo 20 e per i quali non risulta alcuna proposta o richiesta di impiego da parte delle Regioni». Ma le amministrazioni locali sostengono che in alcuni casi i progetti per i nuovi ospedali sono già fatti: i soldi, però, non sono stati ancora richiesti. «Al tempo stesso - aggiunge il ministro riferendosi ai fondi Pnrr per la sicurezza degli ospedali - le verifiche hanno consentito di accertare che, alla data del 31 dicembre 2023, su 1,6 miliardi, origi-

nariamente assegnati, risultavano spesi soltanto 99,65 milioni». Ma potrebbero esserci impegni giuridicamente vincolanti senza che ancora le risorse siano state spese.

La difesa di Fitto contempla anche i poteri spettanti in capo alla "sua" Struttura di missione, che per la Corte sono eccessivi: «Nessun accentramento di funzioni», ribatte. I controlli nei confronti di Regioni, province, Comuni e di tutti gli altri soggetti attuatori? «Non ledono la loro autonomia». E sono in linea con l'impostazione della governance decisa dal governo Draghi. Che, senza essere citato direttamente, viene tirato in ballo anche sulle coperture. Questa volta, incalza Fitto, c'è il bollo della Ragioneria, «ma nessuno all'epoca della redazione del Piano ha avuto da obiettare sulla scelta di inserire oltre 68 miliardi di progetti in essere in parte incoerenti con la regolamentazione del Pnrr e la cui realizzazione non si sarebbe mai potuta realizzare nei modi e nei tempi previsti, portando così al corrispondente defianziamento e alla perdita delle risorse». Ecco il Pnrr delle colpe degli altri.

***Imputato a Draghi
l'errore di aver
inserito 68 miliardi
di progetti incoerenti***

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Pnrr, lite governo-Corte dei conti Meloni e Fitto: sanità, nessun taglio

Il presidente Carlino difende il ruolo costituzionale della magistratura contabile

ROMA Nuovo scontro sul Pnrr tra il Governo e la Corte dei Conti, che era già stata esclusa dai controlli preventivi. Alle critiche dei magistrati contabili che hanno rilevato come la revisione dei fondi comporterà problemi di finanziamento per la sanità hanno replicato ieri sia la premier, Giorgia Meloni, sia il ministro Raffaele Fitto. «Il Pnrr assegnava complessivamente 15 miliardi e 625 milioni alla sanità. Dopo la revisione la dotazione resta di 15 miliardi e 625 milioni, più 500 aggiuntivi per l'incremento dei costi delle materie prime» ha detto Meloni alla Camera. «Ho sentito e visto di tutto sull'operato del governo sul Pnrr. Anche un lavoro fatto perché non ci venissero pagate le rate» ha detto la premier, prendendosi con chi «lavora contro» come Cgil e Unione Studenti che hanno scritto a Bruxelles per «non pagare la terza rata».

Con la Corte dei Conti, in ogni caso, lo scontro va avanti da un pezzo, e sale di tono. Oltre a Meloni è sceso in campo anche il ministro Fitto, che gestisce il Pnrr. «Nessun ta-

glio alla sanità, ma un'inutile polemica. Il decreto non ha operato nessuna riduzione delle risorse ma ha solo rimodulato le fonti di finanziamento, riallocando i progetti che non potevano essere chiusi e rendicontati entro il 2026 secondo le modalità previste dal Pnrr e dal Piano nazionale complementare» ha detto Fitto. Queste due misure stanziavano 3,1 miliardi per la messa in sicurezza sismica degli ospedali italiani (c'è anche quello di Pozzuoli): 1,65 miliardi col Pnrr (dei quali spesi appena 99 milioni, sottolinea Fitto) e 1,45 con Pnc. Con la revisione 750 milioni di interventi sono stati spostati dal Pnrr e riportati alla fonte di finanziamento originaria. Lo stesso è accaduto con la quota del Pnc per 1,26 miliardi (la dotazione iniziale meno i fondi per Campania e province autonome), tornati nell'alveo del Fondo per l'edilizia sanitaria, dove restano da distribuire tra le regioni almeno 2,2 miliardi. Nessun definanziamento, assicura dunque Fitto.

Il problema, secondo la Corte dei Conti, è che le risor-

se di quel Fondo sono sì previste dalla legislazione vigente, ma non nei tendenziali di spesa. E possono essere usate dalle Regioni solo se hanno spazio finanziario in bilancio. Sennò devono essere coperte. «Il loro utilizzo è subordinato alla indicazione in bilancio di importi spendibili compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica», si legge nella Memoria consegnata due giorni fa alla Camera, dove è in corso l'esame del decreto Pnrr (con 1.300 emendamenti presentati).

Fitto ha respinto anche le critiche della Corte sulla nuova governance del Pnrr, che affida alla Struttura di Missione di Palazzo Chigi, da lui guidata, nuovi compiti ispettivi sui soggetti attuatori, enti locali e Regioni compresi. Misura «asistematica» secondo la Corte, ma necessaria, secondo Fitto, per «la verifica della coerenza della fase di attuazione del Pnrr rispetto agli obiettivi programmati» e per la «definizione delle eventuali misure correttive ritenute necessarie» che sono funzioni precipue della Struttura.

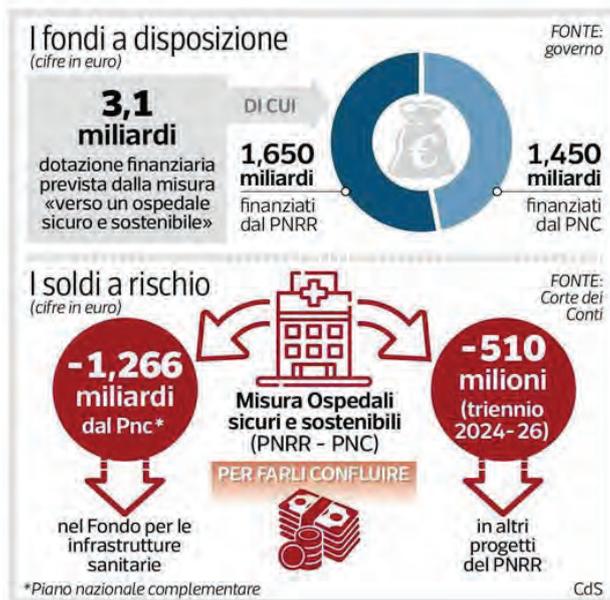
Il presidente della Corte,

Guido Carlino, glissa sul caso in questione, ma non sul ruolo della Corte, più volte messo in discussione. In una stagione di grandi riforme auspico che gli interventi normativi sui controlli e le responsabilità possano essere organici e coerenti con la collocazione costituzionale della Corte», la cui attività è caratterizzata «univocamente dalla soddisfazione dell'interesse pubblico», ha detto ieri a Torino.

Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ospedali
Previste risorse per 2,2 miliardi da utilizzare per le strutture degli ospedali



Fitto contro la Corte conti: zero tagli in sanità

Lo scontro

Il ministro: «Polemiche inutili, perché nessuno ha rilevato gli errori del Pnrr originale?»

**Manuela Perrone
Gianni Trovati**

ROMA

Torna a segnare tempesta il barometro dei rapporti fra il ministro per il Pnrr Raffaele Fitto e la Corte dei conti. Come accaduto nelle puntate precedenti, dal controllo concomitante alle relazioni periodiche sull'attuazione, il ministro affida la propria replica a una nota irritata. In cui ora parla di «inutili polemiche strumentali sorte a seguito della Memoria», ma si rivolge fra le righe direttamente ai magistrati quando ricorda che «nessuno, ma proprio nessuno, ha avuto qualcosa da obiettare rispetto alla scelta di inserire nel Piano oltre 68 miliardi di euro di progetti in essere in parte incoerenti con la regolamentazione del Pnrr e la cui realizzazione non si sarebbe mai potuta concludere nei modi e nei tempi previsti». Dov'era la Corte quando c'era il Governo Draghi, si chiede in sostanza Fitto?

La miccia per il nuovo scontro è stata accesa dalla memoria depositata alla Camera sul decreto Pnrr-quater (decreto a cui sono stati presentati 1.390 emendamenti ma solo un centinaio sa-

ranno esaminati), in cui i magistrati contabili criticano la scarsa trasparenza sugli effetti finanziari puntuali prodotti dalla rimodulazione degli investimenti, lanciano un allarme sul meccanismo dei poteri sostitutivi anti-ritardi che rischia di andare in contrasto con l'autonomia di Regioni ed enti locali e soprattutto mettono i piedi nel piatto della *querelle* sui tagli alla sanità. In sintesi, il decreto toglie dal Piano nazionale complementare, replica domestica del Pnrr, 642,6 milioni destinati agli «ospedali sicuri e sostenibili» (-510 milioni) e all'«ecosistema innovativo della salute» (-132,6 milioni), spostando però larga parte di questi finanziamenti sul fondo ordinario per l'edilizia sanitaria istituito dalla Finanziaria del 1988 (Sole 24 Ore del 5 marzo). Quel fondo, avverte però la Corte dei conti, non è scontato dai tendenziali di finanza pubblica, quindi la sua attivazione avrebbe bisogno di nuove coperture. Qui scatta il cortocircuito con Fitto.

«Il decreto non ha operato nessuna riduzione delle risorse alla Missione Salute - torna a rimarcare il ministro: la dote complessiva è rimasta a 15,625 miliardi, e in aggiunta il Governo ha assicurato ul-

teriori 500 milioni di euro per l'incremento dei costi delle materie prime».

A motivare la revisione, come in altri casi, è per Fitto il ritardo che avrebbe reso gli interventi incompatibili con il calendario Pnrr: 750 milioni tornano quindi ai vecchi finanziamenti pre-Piano perché i loro progetti «non sarebbero stati completati e collaudati entro il 2026». Anche sul fondo ordinario del 1998, aggiunge il ministro, «residuano 2,2 miliardi liberi e per i quali non risulta alcuna richiesta di impiego da parte delle Regioni». Il confronto, insomma, prosegue teso: nei prossimi giorni dovrebbe esserci una nuova ricognizione con il ministero della Salute, mentre per il 4 aprile è atteso il parere delle Regioni sul decreto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

782 accordi

CONTRATTAZIONE SOCIALE

Dei 782 accordi di contrattazione sociale territoriale i due pilastri sono rappresentati dall'area del welfare locale (sociale, sanitario, sociosanitario con il 77,6% degli

accordi) e dalle politiche fiscali e delle entrate (71,2%) secondo il Rapporto realizzato da Cgil, Spi e Fondazione Di Vittorio. Seguono le Politiche del lavoro e sviluppo oggetto del 60% degli accordi.



Ministro. Raffaele Fitto ha la delega sul Pnrr



Pnrr

Corte dei conti: ridotti fondi per investimenti nella sanità

PAGINA

2

La replica di Meloni in aula a Montecitorio: non è vero, dopo la revisione la dotazione è anzi aumentata di 500 milioni per l'incremento dei costi delle materie prime

Giampiero Guadagni

PNRR. La premier alla Camera replica alle critiche espresse dalla magistratura contabile

Corte conti: tagli alla sanità Meloni: risorse intatte

La revisione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del Piano Nazionale complementare prevista nel decreto sul Pnrr, riduce di fatto le risorse per gli investimenti nel settore sanitario e incide sui programmi di investimento regionali già avviati. È quanto afferma la Corte dei Conti nella memoria sul decreto depositata in Commissione bilancio alla Camera, che sta esaminando il provvedimento. In particolare, i magistrati contabili pongono l'accento sulla norma che dispone che gli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", già finanziati con il Pnc, sono posti a carico del Fondo sull'edilizia ospedaliera previsto nell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Si tratta di una cifra di circa 1,2 miliardi. Contestualmente, si dispone il riversamento alle entrate dei resi-

dui iscritti in bilancio al relativo capitolo del Pnc e si riducono le previsioni di spesa per il triennio pari a 510 milioni, utilizzando tali importi a copertura delle maggiori esigenze relative al Pnrr. La Relazione tecnica, si legge nella memoria della Corte dei Conti, sottolinea che gli effetti della disposizione si limitano a modificare la copertura finanziaria del programma, ponendola a valere su risorse nazionali. "Al riguardo - riporta la Corte - non si può non osservare come, oltre a ridurre l'ammontare complessivo delle risorse destinabili ad investimenti in sanità (l'aver attribuito il finanziamento del programma al Fondo ex art. 20 incide sulle disponibilità per ulteriori accordi di programma) e a incidere su programmi di investimento

regionali già avviati, lo spostamento comporta il rinvio dell'attuazione del progetto a quando saranno disponibili spazi finanziari adeguati". Il decreto Pnrr prevede "maggiori oneri per 3,7 miliardi nel primo anno che crescono a poco meno di 5 miliardi nel 2025 e a 3,5 nell'anno terminale. Si tratta in larga prevalenza di maggiori spese in conto capitale (+3,7 miliardi nel 2024, poco meno di 4,9 nel 2025), mentre sono circa 17 milioni le minori entrate che crescono a 50 milioni nel successivo biennio. Per far fronte a tali fabbisogni si ricorre a minori spese in conto capitale per oltre 3,7 miliardi nel



primo anno che crescono a poco meno di 5 nel 2025. Sono pari a circa 83 milioni annui i risparmi di spesa corrente". Per quanto riguarda in particolare le misure a copertura, la Corte rileva un ampio ventaglio di misure, con il maggior contributo che viene dalla riduzione dei fondi destinati al Fondo per lo sviluppo e la coesione (4,8 miliardi), prevalentemente riferiti alla programmazione 21-27, di cui 770 milioni nel 2024, 2,7 nel 2025 e 1,4 nel 2026.

Alla Corte dei Conti replica la premier Meloni in occasione del dibattito alla Camera sulle sue comunicazioni alla vigilia del vertice dei leader europei a Bruxelles. "La dotazione del Pnrr per la sanità era di 15 miliardi e 625 milioni, dopo la revisione le risorse sono 15 miliardi e 625 milioni, cui si aggiungono 500 milioni per l'incremento dei costi delle materie prime. Le risorse non sono state tagliate". La presidente del Consiglio stigmatizza chi in Italia lavo-

ra perché l'Europa non paghi la rata del Pnrr per poter dire che il governo. E conclude: "L'Europa dice che siamo la prima nazione nella realizzazione del Pnrr, questi sono i fatti. Sull'attuazione del Pnrr "stiamo andando avanti cercando di fare il nostro meglio pur con una situazione ereditata non esattamente perfetta: andiamo avanti bene, confido tutti diano una mano per un progetto importante per l'Italia".

Giampiero Guadagni



La proposta salva-conti: sanità a pagamento per 6 milioni di italiani che vivono all'estero

Alla Camera
Ora chi si iscrive all'Aire perde il diritto di ricevere gratis le cure del Ssn

Andrea Carli
ROMA

È una proposta di legge depositata in commissione Sanità e Affari sociali della Camera, targata Fratelli d'Italia, il cui contenuto potrebbe essere fatto proprio dal governo, ed entrare così in un decreto legge. L'idea è quella di consentire ai sei milioni di italiani residenti all'estero e iscritti all'Aire, l'Anagrafe dei connazionali residenti all'estero, di mantenere il diritto all'assistenza sanitaria italiana - cosa che attualmente perdono nel momento in cui si registrano all'Anagrafe -, versando un contributo annuale.

La soluzione consentirebbe di "fare cassa" anche se alla fine molto dipenderà da quanti di quei sei milioni - il numero viene fuori dall'ultimo Rapporto Italiani nel mondo 2023 della Fondazione Migrantes - decideranno di aderire. Se la proposta di legge arriverà a meta, e al di là del riscontro che alla fine registrerà, la fiche degli italiani all'estero sulla sanità pubblica garantirà una boccata d'ossigeno per i conti pubblici, in un contesto in cui, con le regole del nuovo Patto di stabilità, la coperta delle risorse da destinare alla prossima legge di Bilancio rischia di farsi ancora più corta, e nel momento in cui la Corte dei conti ha messo sotto la lente il decreto Pnrr in quanto la rimodulazione dei fondi, hanno sottolineato i magistrati contabili, riduce l'ammontare complessivo delle risorse destinabili alla sanità.

La somma da versare nelle casse dello Stato per accedere alle prestazioni a carico del Ssn sarà determinata da un Dpcm, che dovrà vedere la luce entro 90 giorni dall'entrata in vigore della nuova norma. Un tavolo tecnico al Mef si è riunito venerdì per definire l'ammontare, ma la fumata bianca ancora non c'è. «Poiché il costo di un paziente italiano in Italia è, stando ai dati Istat, di 3mila euro l'anno - spiega il deputato di Fdi Andrea Di Giuseppe, firmatario con i colleghi di partito Almici, Colombo, Iaia e Maiorano della proposta di legge -, e poiché si presume che queste persone si recherebbero in ospedale solo in casi eccezionali, è alquanto probabile che l'importo sarà di 1.500 euro l'anno, 200 euro in più, 200 euro in meno». Un precedente è quello dell'ultima legge di Bilancio varata dal governo Meloni, che ha previsto l'innalzamento da 387 a 2mila euro annui del contributo di iscrizione al Ssn dovuto dagli stranieri soggiornanti in Italia per più di tre mesi e che non hanno diritto all'iscrizione obbligatoria.

Se, osserva ancora il deputato di Fdi, in un'ipotesi limite tutti i sei milioni di italiani residenti all'estero e iscritti all'Aire dovessero decidere di aderire a questa soluzione e versare 1.500 euro, «nelle casse dello Stato entrerebbero ogni anno 8,9 miliardi, ovvero il 31% circa dei 28 stanziati con la manovra 2024 e il decreto legislativo che avvia la riforma fiscale». Il deputato di Fdi è convinto che «questa legge farà emergere i due

terzi in più di italiani che oggi sono residenti stabilmente fuori dall'Italia, e che non si sono iscritti all'Anagrafe in quanto se lo avessero fatto avrebbero perso la tessera sanitaria. Chiunque viva permanentemente all'estero - ricorda Di Giuseppe - è obbligato per legge a iscriversi all'Aire. Attualmente, ci sono persone che vivono e versano tasse all'estero, non contribuiscono in nessun modo a livello fiscale e usano l'assistenza sanitaria in Italia, pesando sulle casse dello Stato. Con questa iniziativa - conclude Di Giuseppe -, possiamo finalmente avere dati reali sugli italiani nel mondo e far pagare allo Stato quanto dovuto, recuperando risorse economiche ingenti». La parola passa ora all'Italia fuori dai confini nazionali. La partita sui conti pubblici si gioca anche in trasferta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Di Giuseppe: «L'importo di 1500 euro l'anno garantirebbe entrate per 8,9 miliardi, il 31% di quelli in manovra»

Sei milioni di italiani fuori dai confini nazionali

I Paesi in cui risiedono gli iscritti all'Aire. Fotografia aggiornata al 1° gennaio 2023. Dati in %



Fonte: Rapporto Italiani nel mondo 2023 Fondazione Migrantes



Bonus fiscale per il rientro dei medici fuggiti

La misura allo studio

In 5 anni 39mila all'estero:
si punta allo sconto del 90%
sulle tasse come ai ricercatori

In cinque anni hanno lasciato l'Italia quasi 40mila camici bianchi in cerca di condizioni di lavoro e stipendi migliori. Ora il Servizio sanitario nazionale alle prese con una grave carenza di medici acuita da una loro inarrestabile fuga anche verso l'estero vuole provare a giocare la carta del loro rientro a casa.

Ma come convincerli a tornare con stipendi tra i più bassi in Europa? Il ministro della Salute Orazio Schillaci una idea ce l'ha e ha messo i suoi tecnici a studiarla: il piano è quello di replicare anche per i camici bianchi quanto già è stato sperimentato per docenti e ricercatori. Per loro infatti è già in vigore un maxi sconto del 90% sulle tasse: nel periodo d'imposta in cui la residenza viene trasferita e nei successivi cinque, gli emolumenti percepiti concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente o autonomo nella misura del 10 per cento.

L'idea infatti è di attirare almeno una parte dei camici fuggiti: i tecnici stanno studiando i numeri e un aiuto arriva dal "censimento" fatto da poco dalla Fnomceo (l'Ordine dei medici)

che stima una platea di circa 39mila medici andati all'estero tra il 2019 e il 2023, dei quali 11mila solo dal 2022 al 2023. A convincerli a fare le valigie sono soprattutto le retribuzioni più alte che raggiungono in media, rimanendo in Europa, 60mila euro in più all'anno con un massimo di 205mila euro in più in Lussemburgo, 110mila in Islanda e Olanda, 100mila in Danimarca, Irlanda e Germania.

La misura dovrà ovviamente passare il vaglio del ministero dell'Economia, ma come sottolinea Annarita Patriarca (Fi) che in Parlamento è stata la prima ad avanzare l'idea del rientro dei medici in un question time: «La questione della copertura finanziaria è un problema facilmente risolvibile se non addirittura un falso problema. I medici che eventualmente sarebbero interessati a rientrare in Italia e, quindi, a beneficiare dello sconto Irpef fino al 90% di fatto già non pagano le tasse nel nostro Paese e quindi non richiederebbero alcun budget a copertura. Anzi, il loro ritorno rappresenterebbe al contrario un surplus aggiuntivo per le casse dello Stato». «È chiaro - continua Pa-

triarca - che la mia proposta, che è stata accettata e sposata dal ministro Schillaci, può essere adottata anche in un arco temporale limitato, al fine di aiutare il sistema sanitario nazionale a recuperare risorse umane in grado di far fronte alla crisi che sta colpendo gli ospedali italiani».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE IDEE DEI MEDICI CATTOLICI

Servizio sanitario, la salvezza in un bagno di realismo

Adeguarsi al cambiamento è forse uno dei compiti più difficili ma decisivi perché il Servizio sanitario nazionale (Ssn) continui ad avere le caratteristiche sue proprie: universalità, equità, uguaglianza. Alla necessità di ricostruire il Ssn è stato dedicato un dibattito organizzato dalla sezione di Milano dell'Associazione medici cattolici italiani (Amci), presieduta da Alberto Cozzi. «Oggi impera una visione economicistica, occorre una rivoluzione culturale» ha ammonito Alfredo Anzani (San Raffaele, Milano), e il vicepresidente Amci per il Nord, Franco Balzaretto, ha sottolineato: «Le gravi carenze di risorse umane, economiche e strutturali non giustificano che si dimentichi il nostro denominatore comune: la centralità dell'ammalato e la dignità della vita dal concepimento al termine naturale». Di fronte all'aumento della spesa sanitaria Alberto Scanni (già direttore generale dell'Istituto dei Tumori di Milano) ha auspicato una revisione del ruolo della sanità privata, in modo che sia sussidiaria e non in competizione con le strutture pubbliche. Emanuela Locati, cardiologa del Policlinico San Donato (Milano), ha puntato sulle problematiche che porta con sé l'aumento della vita media: «Se è un successo anche del nostro Ssn, d'altro lato, sommato al deficit di natalità, presenta nuove sfide cui prepararci». Mariapia Garavaglia, già ministro della Sanità, ha lamentato che il Ssn stenta a essere universalistico ma ha sottolineato l'esigenza di appropriatezza delle prestazioni. Ol-

tre al fatto che la molteplicità dei livelli (Stato, Regioni, Asl, Comuni) rischia di creare funzioni duplicate e sprechi di risorse. Infine ha sollecitato a fare "lobbismo positivo" sui decisori politici perché tengano presenti i problemi veri della sanità. Nicola Montano, vicepresidente della facoltà di Medicina dell'Università di Milano, ha ricordato «le specialità più richieste quest'anno: dermatologia, endocrinologia e oculistica, mentre sono rimaste poco coperte specialità dove c'è carenza di professionisti: il 30% in medicina d'urgenza, il 66% in medicina interna e il 70% in chirurgia generale e in anestesia e rianimazione». All'esigenza di una rifondazione del Ssn si è riferito Giorgio Bordin (presidente Associazione Medicina e persona): se «la cronicità ci ha travolti come un'epidemia» bisogna evitare di seguire modelli superati, perché non è vero che la cronicità sia solo bassa intensità, rispetto all'acuzie da curare in ospedale. Certamente non bisogna dimenticare di «chiedersi cosa sono salute e malattia, il rapporto del prendersi cura».

Enrico Negrotti



Così l'autonomia di Calderoli distruggerà la Sanità

NINO CARTABELLOTTA

L'aula del Senato ha approvato il ddl Calderoli sull'attuazione dell'Autonomia differenziata che ora è al vaglio della Camera con l'ambizione di diventare legge prima delle elezioni europee, continuando a ignorare le imprevedibili conseguenze delle maggiori autonomie nella sanità che si inserirebbero in un contesto caratterizzato, oltre che dalla grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), da inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. Diseguaglianze relative ai Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) – prestazioni sanitarie che le Regioni devono garantire gratuitamente o previo pagamento del ticket – di aspettativa di vita alla nascita, di mobilità sanitaria, oltre che di attuazione della Missione Salute del Pnrr (vedi box a pagina 26).

Tutti i dati confermano che nella sanità – nonostante la definizione dei Lea nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti – persistono inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. E oggi non siamo più di fronte a un semplice divario Nord-Sud, ma a una "frattura strutturale" che compromette qualità dei servizi sanitari, equità di accesso, esiti di salute e aspettativa di vita alla nascita, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria da Sud a Nord. E l'attuazione di maggiori autonomie nella sanità, richieste proprio dalle Regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che ampliare tutte le diseguaglianze già esistenti. Di conseguenza, senza sanare almeno in parte tale "frattura strutturale", senza modificare i criteri di



riparto del fabbisogno sanitario nazionale, senza superare il sistema dei Piani di Rientro e dei commissariamenti e senza aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, con l'Autonomia differenziata la sanità si trasformerà definitivamente in un bene pubblico nelle più ricche Regioni del Nord e in un bene di consumo per le altre Regioni.

La richiesta della Fondazione Gimbe di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie non è stata sinora presa in considerazione dal governo, né sostenuta con vigore e costanza dalle forze di opposizione. ►

► Risulta pertanto indispensabile ribadire le motivazioni che portano a sostenere questa posizione, al fine di aumentare la consapevolezza sociale sui rischi del ddl Calderoli relativamente alla sanità. Perché non è ammissibile che venga violato il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della salute, legittimando normativamente il divario tra Nord e Sud.

Primo: il Ssn attraversa una gravissima crisi di sostenibilità e il sotto-finanziamento costringe anche le virtuose Regioni del Nord a tagliare i servizi e/o ad aumentare le imposte regionali per evitare il Piano di Rientro. Guardando alla crescita economica del Paese, all'impatto atteso del nuovo Patto di Stabilità e all'assenza di misure concrete per ridurre evasione fiscale e debito pubblico, peraltro non si intravedono risorse né per rilanciare il finanziamento pubblico della sanità né tantomeno per colmare le disuguaglianze regionali. E con l'Autonomia differenziata le Regioni potranno trattenere il gettito fiscale, che non verrebbe più redistribuito su base nazionale, impoverendo ulteriormente il Mezzogiorno.

Secondo: il Comitato istituito per definire i livelli essenziali delle prestazioni (Clep) – la cosiddetta Commissione Cassese – non ha ritenuto necessario definire i Livelli Essenziali delle Prestazioni (Lep) per la materia «tutela della salute», perché esistono già i Lea. Tuttavia, ai Lea non corrisponde alcun fabbisogno finanziario, perché il riparto del Fondo Sanitario Nazionale, con cui lo Stato trasferisce le risorse alle Regioni, avviene secondo criteri di popolazione residente, in parte pesata per età, ed è indipendente dal raggiungimento o meno dei Lea. Ovvero, si tratta di una pericolosissima scorciatoia rispetto alla necessità di garantire Lep secondo quanto previsto dalla Carta costituzionale. Peraltro, se i capisaldi del federalismo mirano ad affermare il principio di sussidiarietà e a migliorare l'efficienza amministrativa, non dovrebbero compromettere la capacità di redistribuzione del reddito, fondamentale per garantire a tutta la popolazione il diritto alla tutela della salute ed eliminare gli ostacoli presenti nei territori più svantaggiati.

Terzo: in sanità il gap tra Nord e Sud configura ormai una "frattura strutturale", come dimostrano tutti i dati. Alla maggior parte dei residenti al Sud non sono garantite nemmeno le prestazioni essenziali, alimentando il fenomeno della mobilità sanitaria verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi per le maggiori autonomie. Di conseguenza è impossibile, come ripetutamente dichiarato, che le maggiori autonomie nella sanità possano ridurre le disuguaglianze esistenti.

Quarto: le maggiori autonomie già richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ne potenzieranno le performance sanitarie e, al tempo stesso, indeboliranno ulteriormente quelle delle Regioni del Sud, incluse quelle a statuto speciale. In tal senso risulta al tempo stesso grottesca e autolesionistica la posizione dei presidenti delle Regioni meridionali governate dal centrodestra, dimostrando che gli accordi di coalizione partitica prevalgono sulla tutela della salute delle persone. Alcuni esempi: la maggiore autonomia in termini di contrattazione del personale provocherà una fuga dei professionisti sanitari verso le Regioni più ricche impoverendo ulteriormente il capitale umano nel Mezzogiorno; l'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per scuole di specializzazione e medici di medicina generale determinerà una dotazione asimmetrica di specialisti e medici di famiglia; le maggiori autonomie sul sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione rischiano di aumentare le disuguaglianze nell'offerta dei servizi e favorire l'avanzata del privato; una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via libera a sistemi assicurativo-mutualistici regionali.

Quinto: l'inevitabile indebo-

Quinto: l'inevitabile indebo-



limento dei servizi sanitari nel Mezzogiorno rischia di generare un effetto paradossale anche sulle Regioni settentrionali con le migliori performance. Infatti, la crisi di sostenibilità del Ssn oggi non consente nemmeno alle ricche Regioni del Nord di aumentare la produzione sanitaria oltre un certo limite. Di conseguenza un ulteriore incremento della mobilità attiva verso queste Regioni rischia di peggiorare l'assistenza sanitaria per i propri residenti. In tal senso la "spia rossa" si è già accesa in Lombardia, che nel 2021 si trova al primo posto per mobilità attiva, ma anche al secondo posto per mobilità passiva: ovvero un numero molto elevato di cittadini lombardi va a curarsi fuori Regione.

Sesto: nonostante gli entusiastici proclami sui vantaggi delle maggiori autonomie anche per le Regioni del Sud, è certo che nella sanità non possono esistere affatto per una ragione molto semplice. Tutte le Regioni del Mezzogiorno (eccetto la Basilica- ▶▶ ta) si trovano assieme al Lazio in regime di Piano di Rientro, con Calabria e Molise addirittura commissariate. Uno status che, imponendo la "paralisi" nella riorganizzazione dei servizi sanitari, rende impossibile avanzare qualsiasi richiesta di maggiori autonomie in sanità.

Settimo: il Pnrr, sottoscritto dall'Italia e per il quale abbiamo indebitato le future ge-

nerazioni, persegue il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni. In tal senso, l'impianto normativo del ddl Calderoli contrasta proprio il fine ultimo del Pnrr, che dovrebbe accompagnare il processo di convergenza tra Sud e Centro-Nord quale obiettivo di crescita economica, come più volte ribadito nelle raccomandazioni della Commissione europea.

Quel che è certo, al di là di slogan e illusori proclami, è che l'autonomia differenziata non potrà mai ridurre le disuguaglianze in sanità, perché renderà le Regioni del Centro-Sud sempre più "clienti" dalle Regioni del Nord. Le quali, a loro volta, rischiano paradossalmente di peggiorare la qualità dell'assistenza sanitaria per i propri residenti. Ovvero, l'Autonomia differenziata per la materia «tutela della salute» non solo affonderà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, ma darà anche il colpo di grazia al Ssn, causando un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti.

Stiamo rinunciando alla nostra più grande conquista sociale e a un pilastro della democrazia solo per un machiavellico "scambio di cortesie" nell'arena politica tra i fautori dell'autonomia differenziata e i fiancheggiatori del presidenzialismo. Due riforme che, oltre ogni ragionevole dubbio, spaccheranno l'unità del Paese Italia. **E**

La riforma voluta dalla maggioranza renderà definitiva la frattura tra Nord e Sud. E sancirà la crisi definitiva del Servizio Nazionale. La denuncia della Fondazione Gimbe e una sua proposta

Tanto le Regioni meridionali quanto quelle settentrionali offriranno servizi peggiori. E si aggraveranno le disuguaglianze tra i cittadini. Un disastro che si può ancora evitare



REPORT

Il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta. In queste pagine sintetizza il report della Fondazione sulle conseguenze dell'Autonomia differenziata, messo a disposizione del Parlamento



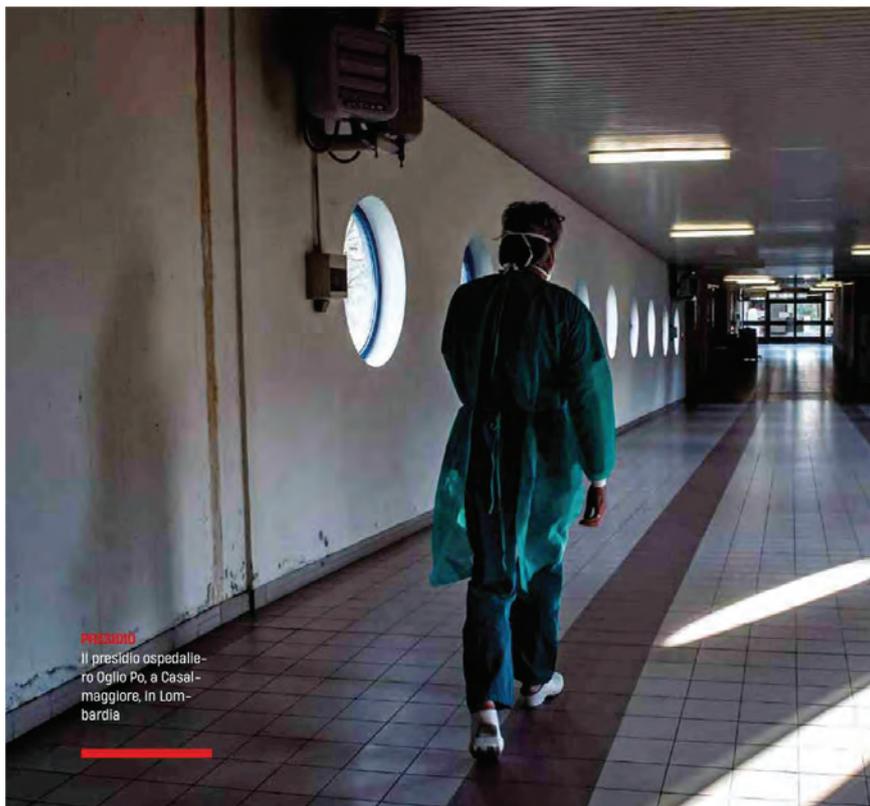
Tutti i numeri dell'iniquità

Livelli Essenziali di Assistenza. Il monitoraggio del ministero della Salute nel decennio 2010-2019 documenta che nessuna regione del Sud si posiziona nella prima metà della classifica, mentre le tre Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto) che hanno richiesto maggiori autonomie si piazzano nella *top five*. E con il nuovo sistema di valutazione nel 2020 delle 11 Regioni adempienti l'unica del Sud è la Puglia, a cui nel 2021 si aggiungono Abruzzo e Basilicata. E sia nel 2020 sia nel 2021 le Regioni del Sud sono ultime tra quelle adempienti.

Speranza di vita alla nascita. Nel 2022 a fronte di una media nazionale di 82,6 anni esistono notevoli differenze regionali: dagli 84,2 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81 anni della Campania, un gap di ben 3,2 anni. E in tutte le Regioni del Mezzogiorno la speranza di vita alla nascita è inferiore alla media nazionale, spia indiretta della bassa qualità dei servizi sanitari regionali.

Mobilità sanitaria. Un imponente flusso di denaro scorre prevalentemente in direzione Sud-Nord: nel periodo 2010-2021 tutte le Regioni del Mezzogiorno (a eccezione del Molise) hanno accumulato un saldo negativo pari a 13,2 miliardi di euro, mentre sul podio per saldo attivo si trovano proprio le tre Regioni che hanno già richiesto le maggiori autonomie. Nel 2021 su 4,25 miliardi di euro di mobilità sanitaria, il 93,3% della mobilità attiva si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre il 76,9% del saldo passivo grava su Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.

Missione Salute del Pnrr. Il raggiungimento degli obiettivi è rallentato dalle Regioni del Centro-Sud che si trovano indietro su vari indicatori: over 65 a cui garantire assistenza domiciliare integrata, attuazione del fascicolo sanitario elettronico, strutture (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità) edificate e funzionalmente attive, dotazione di personale infermieristico ben al di sotto della media nazionale.



Presidio
Il presidio ospedaliero Oglio Po, a Casalmaggiore, in Lombardia



20 mar
2024

DAL GOVERNO

S
24

Meloni alle Regioni: il Pnrr assegna alla sanità 15 miliardi e 625 milioni e non è previsto alcun taglio

“Complessivamente il Pnrr assegnava alla sanità 15 miliardi e 625 milioni. Dopo la revisione del Pnrr la dotazione alla sanità è di 15 miliardi e 625 milioni, ai quali si aggiungono 500 milioni che noi abbiamo messo per l’incremento dei costi delle materie prime, quindi le risorse non sono state tagliate”. Lo ha affermato il presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, parlando in Aula alla Camera in replica al dibattito sulle sue comunicazioni in vista del prossimo Vertice Ue.



Il premier ha voluto replica così alle polemiche scaturite all’indomani dell’incontro tra le Regioni e i ministri Fitto e Schillaci. Al centro dell’incontro il Pnc ovvero il “Piano complementare” parallelo al Pnrr che da giorni agita presidenti e assessori. Il governo avrebbe comunicato l’intenzione di tagliare 1 miliardo e 266 milioni di euro dal programma “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” che finanzia la messa a norma delle strutture, ad esempio, ai fini dell’antisismica e l’antincendio. Fitto avrebbe spiegato che i soldi si potranno prendere dal cosiddetto “ex articolo 20”, fondo creato nel 1988 per pagare le grandi opere della sanità, come la costruzione di ospedali. Una mossa che ha scatenato la rabbia di tutte le Regioni, nessuna esclusa perché le somme di quel fondo sarebbero in gran parte già investite. Di parere contrario Meloni che alla Camera ha detto che

“sulle risorse dell’articolo 20 al momento risultano più di due miliardi ancora da programmare”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 mar
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Schillaci alla Camera: al lavoro su nuovo Piano nazionale liste d'attesa. Poi: Governo abolirà tetto di spesa sulle assunzioni

di Radiocor Plus

«Ho istituito un tavolo di lavoro che ha come obiettivo un nuovo Piano nazionale delle liste d'attesa, che rappresenti uno strumento di indirizzo e di governo per le Regioni in tema di accesso alle prestazioni sanitarie e di gestione dei tempi e delle liste con un impegno comune su azioni complesse e articolate fondate sull'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva. Quanto ai sistemi Cup, anch'essi obiettivo del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2024-2026, il monitoraggio annuale delle agende di collegamento di tutte le strutture pubbliche e private procede e si prevede che con questo nuovo piano debba essere realizzato con un collegamento diretto ai Cup regionali per ottenere dati oggettivi e tempestivi». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci in risposta al Question Time alla Camera dei deputati, sul problema delle liste di attesa in ambito sanitario, con particolare riferimento all'assunzione di personale a tempo indeterminato e al potenziamento dei centri unici di prenotazione (Sportiello – M5S).

Contro le liste d'attesa con la legge 213 del 2023, ha ricordato tra le altre cose

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Schillaci, «abbiamo previsto un rifinanziamento dei piani operativi: le Regioni potranno utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto, pari a un ammontare per il 2024 di 520 milioni di euro».

«La sanità - ha aggiunto il ministro - è ingolfata da anni di errata programmazione, da misure-tampone senza una strategia e da una frequente incapacità di spesa dei fondi da parte di molte Regioni. Questo governo ha aumentato i fondi per gli stipendi del personale e per abbattere le liste d'attesa, l'abolizione del tetto di spesa per le assunzioni sarà fatto da questo Governo; l'aumento di interventi a tutela della sicurezza del personale è di questo Governo; il blocco della vera privatizzazione ovvero dello scandalo dei medici a gettone è di questo Governo. Così come la costituzione di un gruppo di lavoro di esperti per i protocolli da seguire sulle prestazioni e quindi sulle liste d'attesa. Non ci basiamo solo su casi gravi presi alla rinfusa ma cerchiamo soluzioni strutturali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

alla luce dell'identificazione dei LEP rimessa al CLEP presieduto da Sabino Cassese - impone tanto lavoro. La sua circoscrizione, proprio perché investe vari campi della esistenza della persona, è così iper dimensionata da interessare molte materie, sia di competenza statale che concorrenti, e tantissime di quelle residuali nonché di quelle differenziabili.

Non si può infatti non tenere a mente che le politiche sociosanitarie debbano individuare, oltre che nella "tutela della salute" (materia concorrente), le loro fonti legislative in diverse regolazioni, riguardanti (nel rispetto della scansione delle competenze appena rappresentata:

-la tutela della concorrenza, la perequazione e la previdenza, quest'ultima soprattutto riferita a quella di carattere non contributivo, riferibili all'invalidità e agli assegni di accompagnamento per i non sufficienti (statale);

-la tutela e sicurezza del lavoro (quanto ai luoghi di esercizio), l'istruzione (quanto ad attribuirle un ruolo curricolare nella educazione sanitaria), la ricerca scientifica e tecnologica e il sostegno all'innovazione per i settori produttivi (quanto a renderla godibile dalle persone e dalle imprese), l'alimentazione (quanto alla tutela delle sue prerogative igienico-nutritive), l'ordinamento sportivo (quanto ad un suo esercizio salutare), il governo del territorio (quanto alla salvaguardia dalle insidie naturali), i porti (quanto alla igienicità delle acque), le reti di trasporto (quanto alla loro fruibilità sicura e di facilitazione al raggiungimento dei siti assistenziali), coordinamento della finanza pubblica (quanto alla previsione di risorse integrative), valorizzazione dei beni ambientali (concorrenti);

-l'agricoltura, l'assistenza sociale e scolastica, l'edilizia, l'industria, i lavori pubblici, i trasporti e viabilità, turismo e urbanistica (residuali regionali);

-le norme generali sull'istruzione, tutela dell'ambiente, tutela dell'ecosistema (differenziabili).

Immaginiamo di cosa la tutela della salute abbia bisogno per divenire tale, ponendo attenzione a quanto sia successo sino ad oggi ove il legislatore, soprattutto regionale, ha lavorato con una mano destinata ad organizzare l'assistenza sanitaria alla persona salvo confliggere con l'altra, ricorrendo anche ai calci per distruggere il tutto. Una tale situazione ci ha portato all'attuale situazione ove è sufficiente pensare, solo per fare qualche esempio, all'inquinamento dell'Ilva, ai tumori polmonari di Monfalcone e dintorni, ad un mare avvelenato da rifiuti occultati e dal contenuto fognario, alla agricoltura piena di veleni, all'alimentazione adulterata, alla scuola a rischio e non già educativa sulle tutele della salute, alla viabilità pessima che rende inaccessibili ai bisognosi il ricorso alle strutture salutari, all'assoluta precarietà dei trasporti pubblici locali. E, chi più ne ha più ne metta!

Oggi è uno dei momenti favorevoli per cambiare. L'occasione è offerta dai LEP da individuare, dai costi standard da definire per LEP, dai fabbisogni standard da individuare per Regione, dalla perequazione che fa pareggiare le

persone che risiedono nelle regioni povere con quelle che vivono in quelle ricche.

A fronte di questo, una esigenza inderogabile: quella di finire con le politiche non politiche. Di quelle che si suppongono di esercitare con gli spot, con il confondere l'assistenza territoriale con ciò che non lo è, con la medicina di famiglia allo sbando totale per cultura e tolleranza eccessiva, con l'errore di ipotesi di tenere a riferimento l'ospedale che invece occorre pensare a svuotare utilizzando la medicina di prima istanza, quella specialistica diffusamente impiegata e l'assistenza domiciliare.

Dimenticavo (non è vero) un gran peso, in temi di corsa all'intelligenza artificiale, alla telemedicina, con l'avvertenza però di non trattarla come un business, così come si arguisce da ciò che si legge e da ciò che non c'è.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

20 mar
2024

IN PARLAMENTO

S
24

L'intervista/ Zaffini: «Edilizia sanitaria, 1,2 miliardi transitano dall'ex art 20 al Piano complementare al Pnrr». Poi: dalla Salute supporto a ogni Regione e poi cambieremo le norme

di Barbara Gobbi



[La Memoria della Corte dei conti sul decreto Pnrr-quater](#)

Non è la sanità del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano nazionale complementare (Pnc) a essere 'saccheggiata' di 1,2 miliardi spostati sul capitolo edilizia ex articolo 20 - come denunciato dalle Regioni e messo in evidenza dalla Corte dei conti nella Memoria sul Dl 19 del 2 marzo 2024 (decreto Pnrr-quater) depositata alla Camera - ma avverrà esattamente il processo inverso: quello stesso importo transiterà nel Piano nazionale complementare 'a valere' sui circa 10 miliardi ancora in sospeso nella progettazione degli interventi regionali previsti dalla lontanissima legge 67 del 1988. Il presidente della X Commissione Affari sociali, Sanità e Lavoro del



Senato Franco Zaffini ribalta la prospettiva dando una lettura 'a sorpresa' del decreto Pnrr-quater. Una misura che, assicura, fa salvi i processi già intrapresi dalle singole Regioni (anche pre accordi di programma) e che in ogni caso preluderebbe a una necessaria revisione delle farraginoso 'norme di tiraggio' delle risorse ex articolo 20.

Senatore, malgrado gli attacchi di Regioni e opposizioni e le osservazioni dei magistrati contabili, la premier Meloni ha appena garantito in Aula alla Camera che le risorse messe dal Pnrr per la sanità restano identiche...

Infatti. Spiace dover constatare per l'ennesima volta che in una materia così complessa e delicata come la Sanità si continui a diffondere allarmismo e fake news da parte di chi ha responsabilità istituzionali importanti come il coordinatore degli assessori alla sanità Donini. Da parte nostra, non possiamo che raccontare la verità. Che è ben altra.

Cioè?

Mossa proprio da un dossier della Corte dei conti, la X Commissione del Senato, che presiedo, ha avviato un'indagine conoscitiva sull'articolo 20 e sulle modalità di tiraggio delle risorse. La magistratura contabile aveva a suo tempo messo in evidenza come in oltre 30 anni, su oltre 35 miliardi di risorse impegnate sull'articolo 20 della legge 67/1988 ne fosse stato impegnato all'epoca neanche il 25%. Da qui la nostra indagine, che ha prodotto un documento finale: vi si dice molto chiaramente come sia necessario modificare le regole di accesso alle risorse ex articolo 20, proprio a beneficio delle Regioni che non riescono a utilizzare quei fondi.

Però guardando all'ultima relazione della Corte dei conti sul decreto Pnrr-quater, emergerebbero criticità relative al rischio di far transitare risorse dal Piano nazionale complementare al fondo "ex articolo 20"

Le cose stanno esattamente all'opposto: una parte delle risorse inutilizzate viene immessa nel circuito del Piano nazionale complementare, dove ovviamente seguirà le regole Pnc. Tradotto: parte dei fondi inutilizzati dalle Regioni fuori programmazione e fuori accordi di programma è resa disponibile, sempre alle Regioni, per effettuare la messa a norma e quindi per stare dentro la Milestone del Pnrr.

Quindi il processo sarebbe inverso rispetto a quanto appena segnalato dalla Corte dei conti?

Esattamente, in modo da rendere parte dei fondi più facilmente spendibile e rispettare le scadenze

Si spostano 1,2 miliardi: qual è il meccanismo, quindi?

Basta leggere il decreto Pnrr-quater che acquisisce nel Pnc una parte minima delle risorse non utilizzate: sono 1,2 miliardi appunto, a fronte dei quasi 10 miliardi ex articolo 20 ancora oggi fermi. E in ogni caso anche questa cifra rientra nel capitolo edilizia sanitaria, anzi se l'articolo 20 copre le nuove realizzazioni e acquisizioni, questi 1,2 mld vanno a coprire le manutenzioni. Lo ripeto: parte delle risorse ex articolo 20 che le Regioni non hanno speso e

che quindi sta fuori, ormai da tanti anni, dalla programmazione regionale viene resa disponibile nel Pnc e quindi con regole Pnrr. Questo per agevolare le Regioni nello spenderli, questi soldi, con regole molto più agili e snelle e soprattutto per interventi dedicati alla 'messa a norma' antincendio e antisismica e mantenendo gli obiettivi del Piano. Tengo a sottolineare poi che contrariamente a quanto dichiarato dall'assessore Donini, quello che è già 'cantierato' e programmato non si tocca.

Se questo transito di risorse è vantaggioso, perché le Regioni si sono schierate anche trasversalmente 'contro'?

Perché fanno politica. I provvedimenti vengono scritti erga omnes: alcune Regioni hanno programmato la spesa ma non hanno materialmente sottoscritto l'accordo di programma. Per queste Regioni va detto che non ci sarà nessuna sottrazione, nessuna riprogrammazione né riformulazioni. Il ministero andrà a valutare caso per caso: laddove c'è da anni assenza di spesa e di programmazione, le risorse vengono riprogrammate per consentire un esborso più snello e facile. In tutti i casi in cui le Regioni si siano già mosse - come è per l'Umbria che circa un mese fa ha deliberato l'utilizzo di 80 mln ex articolo 20 - la delibera in attesa di accordo di programma viene 'salvata'.

E quindi cosa non viene 'salvato'?

Tutto il resto e cioè quello che proprio la Corte dei conti denunciava anni fa tanto che la mia commissione parlamentare ha avviato un'indagine conoscitiva approvando una risoluzione all'unanimità.

Intanto le osservazioni di Regioni e Corte dei conti sono quasi sovrapponibili

Il Lazio ora ha guardato bene le evidenze e spero si renda conto di come stanno le cose, l'Umbria si sta muovendo. In ogni caso sarà istituito un tavolo presso il ministero della Salute che valuterà Regione per Regione e darà supporto anche rispetto a quest'ultimo provvedimento. Le risorse ci sono: si tratta solo di capire come spenderle: se con le misure previste dalla normativa ex art 20, farraginoso a dir poco, oppure spenderle - limitatamente a questo 1,2 mld - con le regole del Piano complementare

Non sarebbe stato meglio cambiare i meccanismi ex articolo 20?

Di sicuro questo va fatto ed è quanto abbiamo chiesto al Governo a chiusura dell'indagine conoscitiva: modificare le norme di tiraggio delle risorse ex articolo 20 perché se con le attuali regole le Regioni più capaci come Emilia Romagna, Lombardia e Veneto hanno le strutture per riuscire a stare dentro quel quadro normativo e regolamentare, le altre sono lasciate a se stesse. L'idea è di fornire intanto un supporto progettuale e amministrativo alle amministrazioni che non ce la fanno e poi modificare le norme che oggi prevedono accordi di programma ripetuti in successione, con relativo Dpcm, a ogni modifica. Insomma una complessità ormai inaccettabile.

Sì ma le regole chi le cambia?

Il Parlamento e il Governo, proprio a partire dall'indagine della mia commissione. Dopo un anno di audizioni e dopo il drammatico incendio all'ospedale di Tivoli, chiedevamo di rendere disponibili in tempi rapidi risorse per la messa a norma e anche una riarticolazione dei fondi ex articolo 20: di fatto il Governo non sta che attuando quanto indicato dal Parlamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 mar
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Contratto comparto/ Naddeo, Obiettivo migliorare condizioni infermieri ma verificare impatto finanziario

«Nella riunione di oggi a cui ha partecipato anche il presidente del Comitato di settore Regioni-Sanità, Marco Alparone, i sindacati hanno messo in evidenza le problematiche che affliggono il settore da anni, in particolare, le difficili condizioni di lavoro, la mancanza di personale e, soprattutto, la scarsa attrattività per quanto riguarda la professione infermieristica. Su alcuni di questi aspetti importanti per gli operatori e per il sistema salute in generale, tuttavia, il contratto non può incidere. Mi riferisco soprattutto all'annoso problema della carenza di personale, che va inquadrato più come un tema di carattere organizzativo, che contrattuale». Così il presidente dell'Aran Antonio Naddeo all'avvio delle trattative per il rinnovo del contratto del comparto Sanità che interessa mezzo milione di lavoratori. «Riguardo invece alle condizioni di lavoro - prosegue nella nota - c'è senz'altro margine di miglioramento attraverso alcuni istituti del contratto su cui ci sono indicazioni nell'atto di indirizzo ma che andranno verificate in termini di impatto finanziario, poiché ricordo che, con il previsto 5,78% di aumento, dobbiamo fare fronte sia agli incrementi stipendiali sia agli incrementi delle varie indennità che ci sono in questo Ccnl e anche valutare la possibilità di finanziare il miglioramento delle condizioni lavorative. Tutto questo sarà ovviamente deciso nel corso delle trattative. I sindacati hanno poi lamentato la scarsità di risorse previste



per il rinnovo, però, ricordo a tutti, che compito dell'Aran è fare i contratti nell'ambito del quadro di riferimento finanziario ricevuto e nel perimetro normativo dell'atto di indirizzo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 mar
2024

DAL GOVERNO

S
24

Previdenza: per le lavoratrici madri l'assegno pensionistico è maggiorato

di *Claudio Testuzza*

L'importo della pensione delle lavoratrici madri in uscita con la pensione anticipata contributiva, a parità di montante contributivo accumulato durante la carriera lavorativa, risulta più elevato per le lavoratrici madri rispetto a quelle senza figli.



La pensione anticipata contributiva si può conseguire con 64 anni di età, venti anni di contribuzione effettiva decorrente dal 1° gennaio 1996. Da considerare, inoltre, è la formula di pensione anticipata dei lavoratori del sistema contributivo puro, ovvero di coloro che non hanno contributi versati entro la data del 31 dicembre 1995. La novità riguarda il requisito, modificato dalla legge di Bilancio 2024, del tetto lordo di pensione da maturare che, dal 1° gennaio 2024, deve essere almeno del triplo della pensione sociale (1.603,23 euro) rispetto al precedente di 2,8 volte. Per i lavoratori che hanno maturato i requisiti entro il 31 dicembre 2023, i requisiti sono cristallizzati a 2,8 volte l'importo dell'assegno sociale. Quest'ultimo valore di 2,8 volte (almeno 1.496,25 euro) è stato mantenuto per le donne con un figlio. Ridotto a 2,6 volte (1.386,47) per le madri con due o più figli.

C'è tuttavia un altro bonus che aumenta l'importo della pensione anticipata delle lavoratrici con figli rispetto a quelle senza figli. Si tratta di una maggiorazione prevista dalla riforma delle pensioni di Dini del 1995 che assegnava un punteggio maggiore di coefficiente di trasformazione

contributiva alle madri di uno o più figli. L' Inps ha infatti specificato, nella sua circolare n. 46/2024, che si estende a tali lavoratrici la possibilità di avvalersi di quanto previsto dalla Riforma Dini 1995, cioè di determinare l'importo della pensione applicando il coefficiente per trasformare il montante contributivo in pensione maggiorato di un anno in caso di uno o due figli, e maggiorato di due anni in caso di tre o più figli. Pertanto, a parità di montante, la presenza dei figli porterà ad un assegno pensionistico maggiore rispetto alle lavoratrici senza figli. Ad esempio ipotizzando l'accesso alla pensione con 64 anni di età, coefficiente 5,184 %, una lavoratrice con un figlio o due potrà utilizzare il coefficiente delle 65enni, coefficiente 5,352 %, o quello delle 66 anni , coefficiente 5,531% per chi fosse madre di tre o più figli, è più vantaggiosi dei precedenti. Ma, a differenza dello scorso anno, per le pensioni anticipate contributive, liquidate dal 2 gennaio 2024, è stato previsto un tetto massimo dell'assegno mensile che non può essere superiore a 5 volte il trattamento minimo, corrispondente a 2.993,05 euro. Tale taglieggiamento, a fronte di eventuali più elevati contributi versati durante tutta la vita lavorativa e da considerare ai fini del calcolo dell'importo pensionistico, permarrà per le mensilità di anticipo del pensionamento rispetto al momento in cui il lavoratore maturerà il diritto alla pensione di vecchiaia.

Al raggiungimento del requisito anagrafico richiesto per l'accesso alla pensione di vecchiaia, sarà messo in pagamento l'intero importo, adeguato all'inflazione maturata tempo per tempo. Anche per le lavoratrici madri troverà applicazione l'importo massimo (pari a 5 volte il trattamento minimo) per le pensioni aventi decorrenza dal 2 gennaio 2024. Inoltre, l'accesso alla pensione è differito di tre mesi (finestra mobile), comportando che, per la generalità dei lavoratori, la decorrenza è differita a non prima del 1° maggio 2024, mentre per i pubblici dipendenti, iscritti alla gestione esclusiva, la prestazione sarà pagabile dal 2 aprile 2024. Per i lavoratori che hanno maturato i requisiti entro il 31 dicembre 2023, oltre ai requisiti cristallizzati a 2,8 volte l'importo dell'assegno sociale, non vi è alcuna attesa, considerato che non era prevista una finestra mobile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 mar
2024

DAL GOVERNO

S
24

Al ministro della Salute una Cabina di regia per implementare la rete delle “Pancreas Unit”

È stata istituita, presso l’Ufficio di Gabinetto del ministro della salute, una Cabina di regia per l’implementazione di una rete di Centri “Pancreas Unit”. “La cabina di regia - spiega una nota - a cui partecipano esperti di elevata professionalità, avrà il compito di coordinare le strategie di attuazione e implementazione della Rete in raccordo con tutti i livelli del

Servizio sanitario nazionale”. Della Cabina di Regia fanno parte tre gruppi di lavoro (epidemiologia, prevenzione e ricerca; assistenza; formazione e accreditamento) coordinati da Sergio Alfieri, direttore del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCSS, Ordinario di Chirurgia Generale all’Università Cattolica del Sacro Cuore e Direttore Clinico Scientifico dell’Ospedale Isola Tiberina-Gemelli Isola

“Ringrazio il ministro Orazio Schillaci per la nomina a Coordinatore dei gruppi di lavoro della Cabina di regia per le ‘Pancreas Unit’ e per l’attenzione riservata a questo tema così rilevante – afferma Sergio Alfieri -. I tre gruppi di lavoro della Cabina di regia andranno a definire i criteri per l’istituzione delle Pancreas Unit, dettagliandone le caratteristiche lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico- assistenziale, i volumi di attività dei singoli centri e i dati di outcome, per assicurare al cittadino la migliore assistenza. Come ha dimostrato l’esperienza delle Breast Unit, è questo l’approccio vincente”.



“Una volta definiti i criteri necessari per le Pancreas Unit – conclude Alfieri - questo documento verrà condiviso con la Conferenza Stato-Regioni. La creazione di una rete di ‘Pancreas Unit’ aiuterà anche la ricerca e la prevenzione”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 mar
2024

EUROPA E MONDO

S
24

La Commissaria Kyriakides in Italia nel contesto del piano europeo di lotta contro il cancro

Stella Kyriakides, commissaria europea per la Salute e la sicurezza alimentare, sarà in Italia dal 21 al 22 marzo per discutere dell'attuazione del piano europeo di lotta contro il cancro a livello nazionale e visitare istituti specializzati coinvolti in progetti oncologici finanziati dal programma EU4Health.

A Roma la Commissaria Kyriakides terrà un incontro bilaterale con Orazio Schillaci, ministro della Salute, per discutere, tra l'altro, del piano europeo di lotta contro il cancro e della riforma farmaceutica. La Commissaria pronuncerà quindi un discorso all'evento "La rete delle Breast Unit. Un modello integrato per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione", organizzato dal ministero della Salute. Insieme ad Alberto Costa, consulente scientifico del piano europeo di lotta contro il cancro, la commissaria visiterà il reparto oncologico dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e incontrerà il presidente dell'ospedale, Tiziano Onesti.

A Milano la commissaria Kyriakides visiterà l'Istituto nazionale dei tumori (INT) e l'Istituto europeo di oncologia (IEO), che partecipano a diversi progetti finanziati da EU4Health. Ad esempio, l'INT coordina l'azione comune sulle reti di competenza (Joint Action on Networks of Expertise - JANE) e il progetto ELISAH (European Linkage of Initiative from Science to Action in Health), mentre lo IEO coordina il progetto BEACON (Cancer Care



Beacon - Reducing Disparities Across the European Union). La Commissaria inoltre pronuncerà un discorso alla 14a conferenza europea sul cancro al seno e parteciperà a un evento di beneficenza, il premio WEmbrace 2024, che celebra il benessere fisico, la diversità e l'inclusione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Vita da medico passione e sacrifici

di MICHELE BOCCI

Essere medico oggi non è facile. Ci vogliono passione e dedizione, certo, quelle sono fondamentali da sempre. Ma adesso è necessario anche fare i conti con i problemi di organico, se si lavora in ospedale, o legati al numero alto di assistiti, se si sta sul territorio.

Poi ci sono gli stipendi piuttosto bassi, soprattutto se confrontati con quelli degli altri Paesi europei, la burocrazia che distoglie dal lavoro per i malati, lo stress legato alla paura di sbagliare e finire al centro di una causa per colpa medica. Insomma, il periodo è complesso e le politiche del governo Meloni, almeno per adesso, non hanno certo segnato una svolta. Tra promesse che devono ancora trovare una realizzazione e provvedimenti presi, si può parlare giusto di qualche pannicello caldo. Non è arrivato niente di decisivo per il futuro di una professione che risente anche del generale definanziamento del sistema sanitario nazionale a causa del quale il servizio pubblico è in grave difficoltà. Per i cittadini di certe Regioni è diventa sempre più complicato ottenere prestazioni specialistiche in tempi accettabili senza dover pagare una struttura privata.

Prima di tutto, gli organici. Negli ospedali italiani, secondo le stime dei sindacati, mancano 20-25 mila camici bianchi. Il problema però non è diffuso a tutte le specializzazioni. Ce ne sono alcune molto più in difficoltà di altre e per individuarle basta osservare quali specializzazioni scelgono, o non scelgono, i neolaureati. A non assegnare tutte le borse di studio sono le discipline che non permettono attività privata, prima di tutto il pronto soccorso ma anche l'anestesia e rianimazione, la radioterapia, la chirurgia generale. Il medico che lavora in reparti dove si praticano queste specialità è a rischio burn out, perché quando il personale non è sufficiente ci si trova a coprire più turni, a fare più weekend al lavoro, a con-

frontarsi con la rabbia dei cittadini e così via. Il pronto soccorso sono ormai da qualche anno il simbolo di questa situazione. Molti dei medici che ci lavorano cercano di andare altrove, in altri reparti o sul territorio. Intanto i giovani scappano dalla specializzazione, che assegna meno di un terzo delle borse di studio. Da questi problemi, in certe Regioni soprattutto del Nord, è nato da tempo il fenomeno dei medici a gettone, liberi professionisti o membri di cooperative che vengono chiamati e pagati profumatamente (oltre 100 euro all'ora per 12 ore) per riempire i turni rimasti scoperti. Il ministro alla Salute Orazio Schillaci ha promosso una norma per interrompere questo meccanismo, che in molti ospedali sta proseguendo. Anche la Regione Lombardia ha legiferato per ostacolare i gettonisti. Sono anche stati previsti degli aumenti (già dal governo precedente) per chi lavora nel pronto soccorso, a titolo di indennità, ma si tratta di cifre che non sembrano decisive per far scegliere questa specialità: 100 o 200 euro al mese in più.

I medici italiani guadagnano meno dei colleghi belgi, danesi, tedeschi, ungheresi, irlandesi, inglesi e di più giusto di quelli che lavorano negli ospedali di Estonia, Grecia e Portogallo. Gli ospedalieri non hanno un stipendio basso in assoluto (il lordo è di 86 mila euro), ma sono nettamente indietro se si confrontano i loro salari con quelli dei camici bianchi di molti altri Paesi europei. A vedere i dati dell'Oecd, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, in Germania i camici bianchi arrivano a 188 mila euro, in Danimarca superano i 150 mila, in Ungheria toccano i 118 mila, in Irlanda i 169 mila, in Olanda addirittura a 192 mila e nel Regno Unito a 155 mila. Spagna e Francia sono pratica-



mente nella nostra situazione. Di recente è stato rinnovato il contratto collettivo dei medici italiani. Non succedeva da dieci anni. «I soldi non bastano a darci un aumento consistente - dice Pierino Di Silverio di Anaa, il principale sindacato degli ospedalieri - equivalgono a quanto riconosciuto in più a tutto il pubblico impiego. Noi chiediamo risorse extracontrattuali e il ministro Schillaci si è impegnato a darci un aumento dell'indennità di specificità, propria dei medici». Si vedrà quali fondi riuscirà a trovare il governo, fino ad ora piuttosto parco con la sanità.

Alla fine dell'anno scorso hanno scioperato praticamente tutti i sindacati medici (in momenti diversi). Erano anni che la protesta non arrivava in piazza. Una nuova astensione di massa dal lavoro è stata scongiurata di recente. Il governo è intervenuto in extremis su un tema è molto sentito dai camici bianchi, quello delle cause penali e per danni. Soprattutto i professionisti più giovani spesso hanno paura di sbagliare o comunque di finire in un processo. Lo spettro delle cause ha una conseguenza per tutti i cittadini, perché alimenta l'inappropriatezza, cioè la prescrizione di visite ed esami inutili, che portano il sistema pubblico a produrre prestazioni poco utili che potrebbero essere destinate a chi ne ha veramente bisogno. Insomma, da molto tempo i sindacati dei medici chiedono una "scudo penale", che era stato concesso con il Covid. Si tratta, in pratica di una legge che escluda la punibilità per colpa, sia lieve che grave dei medici (imputabili quindi soltanto per dolo). Ciò non toglie che le persone che subiscono un danno o i loro parenti possano avere un risarcimento economico. L'idea è di togliere di mezzo il penale e del resto oggi il 95% di cause per colpa medica si concludono con la non colpevolezza del medico. Il dato per i processi civili è del 75%. Il tutto ovviamente intasa anche il sistema della giustizia, e ci sono 350 procedimenti ancora in attesa. Il governo per adesso ha esteso lo scudo penale per tutto il 2024 e proprio per questo i sindacati che avevano promesso di scendere in piazza hanno ritirato lo sciopero. Resta però la richiesta di fare una legge e di non procedere a colpi di proroghe.

I problemi ci sono anche sul territorio. Alcuni sono simili, altri sono propri della professione del medico di famiglia. Intanto anche per questa categoria di dottori c'è il tema della gobba pensionistica, che coincide con l'uscita di un numero ridotto di laureati dalle università. Per questo in Italia ci sono tante "zone carenti", dove cioè non ci sono dottori. E sempre per questo è sempre più alto il numero di coloro che superano il cosiddetto "massimale" di 1.500 assistiti e arrivano tranquillamente a 1.800 (e in si-

tuazioni particolari c'è anche chi supera questo dato. Ovviamente più si alza il numero dei pazienti più il dottore è messo sotto pressione dalle richieste e allo stesso tempo il servizio per i cittadini è peggiore. In tanti sperimentano difficoltà a prendere, salvo problemi urgenti, appuntamento rapidamente con il proprio dottore.

«Abbiamo un problema di carenza di professionisti - dice Silvestro Scotti, il capo del sindacato di categoria Fimmg - Dai dati si vede che i medici ospedalieri sono aumentati negli ultimi 3 anni mentre noi stiamo diminuendo. Siamo in 35 mila contro i 45 mila di qualche anno fa». La conseguenza è, appunto, che ci sono zone dove è difficile trovare il medico del territorio. Oltretutto aumenta il numero dei pazienti per ciascun professionista. «Come facciamo così a svolgere funzioni come il filtro al

pronto soccorso? È impossibile. Oltretutto, non abbiamo solo più pazienti ma aumenta rispetto a un tempo la quota di anziani fragili, cioè persone che hanno bisogno di essere viste spesso». Il tutto mentre cresce l'impegno per la burocrazia. «Siamo ai limiti della follia - prosegue Scotti - abbiamo dieci piattaforme per dieci fun-

zioni diverse. Dalle prescrizioni alle esenzioni, ai vaccini. Adesso vogliono incaricarci anche di fare la certificazione per l'oblio oncologico. Abbiamo un problema serio di gestione di tempo. È difficilissimo così rispondere a tutti i pazienti».

Proprio per affrontare le carenze, il governo ha previsto di aumentare l'età pensionabile dei camici bianchi. I medici di famiglia invece che a 70 anni possono smettere a 72 ma solo con il via libera della Asl e se con la loro uscita la zona dove lavorano resta scoperta perché non arriva un nuovo convenzionato. Per gli ospedalieri c'è voluto più tempo ad arrivare a una soluzione. Comunque, nel loro caso si può restare sempre fino a 72 anni ma senza coprire ruoli apicali. I sindacati hanno battagliato per inserire questa previsione, altrimenti, temevano, si sarebbero fermati nel sistema pubblico solo primari. Così, chi resterà, probabilmente pochi professionisti, non lo farà per esercitare il suo potere più a lungo ma per dare una mano ai colleghi dei settori più in difficoltà. Si spera che tra qualche anno si vedano gli effetti dell'aumento degli iscritti a Medicina ma per adesso, in certi casi, fare il dottore è molto pesante.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL MONITO DELLA CONSULTA**Fine vita, Parlamento senza più alibi**DI **RICCARDO MAZZONI**

Il rammarico espresso dal presidente della Consulta Augusto Barbera nei confronti dell'inerzia del legislatore sulla questione del fine vita è un preciso monito al Parlamento per dire che il tempo è scaduto e che è il momento di intervenire per non costringere di nuovo i giudici costituzionali a svolgere un ruolo di supplenza in nome della Costituzione. Barbera non ha usato giri di parole, sollecitando una legge che dia seguito alla sentenza 242 del 2019 (il cosiddetto caso Cappato) ed eviti il proliferare disordinato di leggi regionali ad hoc. Come esempi positivi del passato, il presidente ha citato la legge sull'aborto e quella sulle unioni civili, in cui il Parlamento era stato sollecitato da sentenze della stessa Consulta e si era assunto la responsabilità di scegliere alcune soluzioni tra quelle costituzionalmente possibili. Presto la Corte dovrà nuovamente intervenire sul tema del fine vita, in quanto lo scorso gennaio la Gip di Firenze De Girolamo ha sollevato la questione di legittimità costituzio-

nale per il caso di Massimiliano, l'uomo affetto da sclerosi multipla aiutato da alcuni esponenti dell'Associazione Luca Coscioni a morire in Svizzera, e sul procedimento aperto nei loro confronti.

La pronuncia della Consulta che aprì la strada al suicidio assistito, oltre a interrogare le coscienze di tutti, inchiodò il Parlamento alle sue responsabilità, ai suoi ritardi e alle sue manchevolezze, soprattutto per l'incapacità di trovare una sintesi accettabile. Il lunghissimo iter in commissione alla Camera nella passata legislatura, sia pure giustificato dalla valenza etica di una questione così divisiva, costrinse i giudici costituzionali a intervenire, allungando così la casistica dei temi su cui la giustizia si fa carico di una impropria supplenza politica. Ma sui temi del fine vita, si tratti di testamento biologico, di suicidio assistito o di eutanasia, spetterebbe solo al Parlamento trovare una soluzione equilibrata, ed è quindi dovere preciso delle forze politiche considerare la questione come assolutamente prioritaria.

C'è in Italia una diffusa sensibilità cattolica per la quale la vita è sempre sacra e intangibile - anche se sprofondata in un dolore intollerabile - che va sicuramente rispettata, ma c'è anche l'esigenza di dare un'adeguata risposta a una drammatica realtà quotidiana in cui i malati terminali e chi li assiste non devono più essere lasciati soli. Le persone sottoposte a sofferenze terribili, con malattie irreversibili, hanno diritto di scegliere come morire: è un diritto umano fondamentale, ed è stato un passo avanti l'aver legalizzato le disposizioni anticipate di trattamento, che consentono di rifiutare in-

terventi medici non desiderati anche quando non si è più coscienti. Nessuno ha in tasca la verità, ma regolare per legge le scelte di fine vita aumenta, non diminuisce, gli spazi di libertà sia per chi vorrebbe essere tenuto in vita il più a lungo possibile, sia per chi invece intende autodeterminarsi in modo opposto. Senza una norma che lo

regoli, questo tema cruciale è invece lasciato alla mercè di soluzioni contingenti. La legge sul testamento biologico è stata un punto di partenza importante, fissando alcuni principi, primo fra tutti la legittimazione formale della rinuncia a ogni forma di accanimento terapeutico, e la Consulta, sul suicidio assistito, ha posto dei paletti molto precisi, sancendo la non punibilità di chi assiste il paziente che abbia maturato «autonomamente e liberamente» il proposito di togliersi la vita. Ovvero che soffra di «una patologia irreversibile» causata da «sofferenze fisiche o psicologiche assolutamente intollerabili»; e che sia in grado di sopravvivere solo attraverso «trattamenti di sostegno vitale», ma capace comunque di «prendere decisioni libere e consapevoli». La strada è insomma tracciata: ora spetta al Parlamento compiere l'ultimo tratto.



POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Nuova frontiera

Medicina personalizzata per invecchiare bene

Si chiama «Genos» il programma ideato dall'Ospedale San Raffaele di Milano per "riscrivere" il tempo. Il Professor Dagna: «Puntiamo sui fattori di rischio»

CLAUDIA OSMETTI

■ Il desiderio di invecchiare bene non è un'ipotesi utopica, come aspirare all'elisir di lunga vita, ma ha a che fare con un progetto medico concreto. Come? Con la prevenzione, con una socialità attiva, uno stile di vita sano e che comprende anche un po' di movimento. E con gli screening (santi screening) che, se eseguiti per tempo, possono fare la differenza. Ne è convinto, il professor Lorenzo Dagna, primario di Immunologia, Reumatologia, Allergologia e Malattie rare all'IRCCS San Raffaele di Milano e docente di Medicina interna all'Università Vita-Salute dello stesso policlinico milanese, abituato a dialogare quotidianamente con i pazienti.

«Prendiamo come esempio l'infiammazione», racconta il professore, «quando acuta ci difende da tutto ciò che è traumatico. Esistono, tuttavia, delle condizioni cliniche infiammatorie che non si risolvono nell'arco di pochi giorni, perché, per esempio, l'agente patogeno fatica a essere eliminato dal sistema immunitario o perché l'infiammazione non è frutto di un processo fisiologico ma di un errore, come nel caso delle malattie autoimmuni. Ma occorre ricordarsi che anche l'invecchiamento è in grado di determinare uno stato di infiammazione cronica».

Il sistema immunitario del-

le persone che invecchiano reagisce in modo meno preciso e puntuale agli agenti traumatici, ma tende a creare maggiori livelli di infiammazione aspecifica. «Il tasso di infiammazione, che aumenta progressivamente con l'alzarsi dell'età, favorisce le malattie connesse all'invecchiamento stesso, che per loro natura possono ridurre la qualità della vita». L'elenco è vario e comprende dalle patologie cardiovascolari, alle malattie metaboliche, alla demenza che, appunto, «sono tutte associate a uno stato infiammatorio persistente». Se poi al normale processo di invecchiamento si aggiungono malattie infiammatorie croniche, il "circolo vizioso" infiammazione-invecchiamento viene ulteriormente alimentato.

Non solo è possibile intervenire su tale circolo, ma è addirittura pensabile spezzarlo. Come? «Con strategie diverse», continua Dagna, «che valutano la persona, precocemente, sensibilizzando i giovani ad affrontare questi argomenti fin da subito attraverso esami specifici». Un esempio pratico: «ipotizziamo che Mario Rossi abbia una predisposizione a sviluppare malattie cardiovascolari per diversi fattori di rischio, ma non ne sia a conoscenza. Trascorrerà una vita sostanzialmente normale sino a quando non sarà colpito da un infarto. A quel punto gli specialisti potranno agire solo marginalmente. Al contrario, se il paziente si sottopone fin

da giovane a controlli mirati e personalizzati, durante i quali sia possibile rilevare i suddetti fattori di rischio, sarà possibile intervenire precocemente e con maggiore intensità, risparmiandogli o rendendogli molto minore il rischio di infarto. Avremo, quindi, modificato non solo quantitativamente, ma anche e soprattutto qualitativamente, il suo percorso d'invecchiamento».

Prevenire è meglio che curare, diceva la nonna, «intervenire precocemente è meglio ancora», afferma il professor Dagna. Questo perché la prevenzione è più efficace, costa meno, ed è pertanto indubbiamente l'opzione più logica.

Il tema dell'invecchiamento è un argomento da sempre dibattuto anche nello scenario letterario e cinematografico. Basti pensare a Dorian Gray, famoso personaggio nato dalla penna di Oscar Wilde, che per paura di invecchiare stringe un patto che porterà il suo ritratto a invecchiare al suo posto. Proprio questo ritratto è il simbolo della serie di conferenze gratuite e aperte al pub-



blico: Milan Longevity Summit - RISCRIVERE IL TEMPO - Scienza e Miti nella corsa alla longevità, che domani vedrà protagonisti al Meet Theater di Milano, gli specialisti dell'IRCCS Ospedale San Raffaele, tra i quali il professor Dagna.

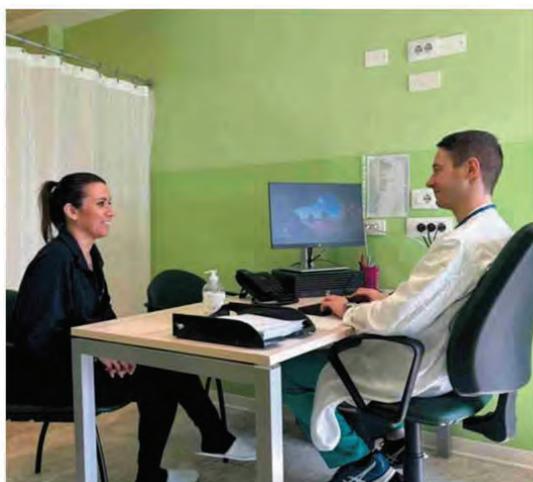
Insomma: «Riscrivere il tempo» (come recita uno degli slogan dell'evento) si può. Ma poi, nella pratica, concretamente, che cosa vuol dire? «La ricetta è in evoluzione», chiarisce il professore, «non esiste un farmaco che ti permette di vivere 50 anni in più. Esistono, invece, strategie dimostrate: come indagare quei fattori di rischio che non sono immediatamente riconoscibili, intervenire su quelli conosciuti e curare le malattie che, purtroppo,

esistono. Questo è il programma messo a punto dall'IRCCS Ospedale San Raffaele chiamato "Genos", il nuovo Centro di Medicina Personalizzata e Preventiva che propone check-up e percorsi di screening innovativi per la valutazione dei fattori di rischio, mirati alla diagnosi precoce e alla promozione della salute e del benessere nella popolazione sin dall'età giovanile». Il centro di medicina personalizzata e preventiva si compone di percorsi specifici che mirano a intercettare l'insorgenza di stati patologici fin dai primissimi segnali (e il tempismo, l'abbiamo capito col Covid19, è fondamentale), è pensato a livello individuale, attraverso percorsi disegnati attorno a ciascuno degli uten-

ti. I dati e l'esperienza maturata da Ospedale San Raffaele - che tratta ogni anno oltre 1.5 milioni di pazienti di ogni sesso, età e provenienza geografica - hanno permesso agli specialisti di disegnare percorsi altamente specifici per intercettare l'insorgenza di stati patologici fin dai primissimi segnali. Lo scopo è incoraggiare la popolazione di ogni età ad intraprendere in prima persona un percorso che sia focalizzato sull'informazione e sull'attuazione di misure proattive alla creazione e mantenimento di una vita all'insegna della salute e della longevità.



Una panoramica dell'Ospedale San Raffaele di Milano con a destra la nuova ala del nosocomio



A sinistra, un momento del dialogo conoscitivo che intercorre tra medico e paziente al primo incontro. A destra, il macchinario del programma «Genos» per eseguire la mammografia in maniera approfondita senza avvertire quel dolore che genera questo tipo di esame diagnostico



È VITA

Stop ai bloccanti della pubertà Dibattito globale

ASSUNTINA MORRESI

Lo stop inglese all'uso di farmaci nella disforia si somma ai dubbi della scienza.

A pagina 15

Bloccanti della pubertà, la frenata

ASSUNTINA MORRESI

«Il Servizio sanitario nazionale inglese ha considerato attentamente la revisione delle evidenze condotta dal Nice (National Institute for Health and Care Excellence) (2020) e ha identificato e rivisto tutte le ulteriori evidenze pubblicate disponibili a oggi. Abbiamo concluso che attualmente non esistono prove sufficienti a sostegno della sicurezza o dell'efficacia clinica dei bloccanti della pubertà per rendere il trattamento disponibile di routine». Questa, il 12 marzo, la decisione del gruppo di lavoro istituito nel gennaio 2020 dalle autorità sanitarie inglesi per una revisione dei trattamenti per minori sofferenti per disforia di genere, cioè che provano disagi e malesseri importanti perché non si riconoscono nel sesso di nascita. D'ora in poi nel Regno Unito a questi ragazzini potranno essere somministrati i bloccanti solo nell'ambito di *trial* clinici: secondo la ministra della Sanità Maria Caulfield si tratta di una «decisione storica», che «riconosce che la cura deve essere basata sull'evidenza, sull'opinione clinica degli esperti e nel miglior interesse del bambino».

Il blocco della pubertà è il primo tratto del cosiddetto "protocollo olandese" nei casi di disforia di genere: se la maturazione sessuale è agli inizi (mediamente intorno ai 12 anni) è possibile bloccarla con appositi farmaci in attesa di proseguire successivamente - lo fa il 98% di chi li assume - con ormoni mascolinizzanti o femminilizzanti, intorno ai 16 anni, e poi con eventuale intervento chirurgico. Bloccanti, ormoni e chirurgia sono gli elementi che caratterizzano le terapie *gender-affirming*, volte cioè ad assecondare la percezione individuale e soggettiva del proprio genere.

A presiedere la revisione inglese Hilary Cass, già presidente della Società scientifica pe-

diatrica del Regno Unito, che non si era mai occupata in precedenza del tema: una scelta motivata dalle autorità sanitarie «data la polarizzazione sempre più evidente fra i professionisti clinici». Il dibattito internazionale è infatti a dir poco aspro: attraversa le comunità scientifiche, spaccate al loro interno, e le travalica, promettendo di essere uno dei fronti più accesi della campagna elettorale per il prossimo presidente americano.

Finora vecchio e nuovo continente hanno segnato due orientamenti contrapposti: da un lato diversi Paesi del Nord Europa hanno avviato da alcuni anni una rivisitazione dell'uso dei bloccanti nelle terapie affermative, rendendolo marginale, se non residuale. Svezia, Finlandia, Norvegia e adesso - appunto - la Gran Bretagna riconoscono concordi la mancanza di studi ed evidenze scientifiche sull'efficacia e la sicurezza di questi protocolli, pesantemente e irreversibilmente invasivi. Dall'altro gli Stati Uniti, dove continua invece a prosperare il mercato dei trattamenti medici e chirurgici connessi alle transizioni di genere, specie di giovani e giovanissimi, e delle cliniche dedicate. Nel frattempo si registra, nel mondo occidentale, un aumento esponenziale di adolescenti con diagnosi di disforia di genere, in grande maggioranza nate femmine.



A fare da riferimento a livello internazionale sono le linee guida della Wpath, l'Associazione professionale mondiale per la salute transgender. Fondata nel 1979, raccoglie più di 3mila professionisti in diversi ambiti – sanitario, legale, formativo – impegnati a «promuovere assistenza, educazione, ricerca, politiche pubbliche e rispetto per la salute dei transgender basati su prove di efficacia». È del 2022 l'ultima (ottava) edizione degli standard di cura, aggiornata rispetto alla precedente, del 2012, a partire dalle definizioni: si usa l'espressione *Transgender and Gender Diverse people*, Tgd l'acronimo; si parla di "Disforia di genere" in termini di salute mentale nel Dsm-5-Tr (quinta edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, a cura della Associazione psichiatrica americana), mentre l'Icd-11 (classificazione internazionale delle malattie, undicesima versione, a cura dell'Organizzazione mondiale della sanità) depatologizza il linguaggio, adoperando "Incongruenza di genere", una condizione rubricata all'interno della salute sessuale anziché fra i disturbi mentali. È il manifesto delle terapie *gender-affirming*, anche se «la base di evidenza empirica per la valutazione degli adulti Tgd è limitata. Include principalmente un approccio di valutazione che utilizza criteri specifici

esaminati da un operatore sanitario in stretta collaborazione con un adulto Tgd e non include studi controllati randomizzati o ricerche longitudinali a lungo termine». Ci sono pure nuovi capitoli, fra cui quelli dedicati agli eunuchi e alle persone non binarie: per queste ultime si possono anche prevedere interventi chirurgici addizionali come ad esempio vaginoplastica inclusiva della preservazione del pene, oppure dei testicoli, e anche «procedure che risultano nell'assenza di caratteristiche primarie sessuali esterne». Per gli adolescenti non c'è un'età minima per la somministrazione di bloccanti o di ormoni, ma si individua un preciso, iniziale stadio di avanzamento della pubertà (Tanner due). Nessuna soglia di età neppure per la chirurgia: per accedervi si richiedono almeno 12 mesi di terapia ormonale. Il 4 marzo, però, l'autorevolezza della Wpath ha subito un colpo durissimo, con la pubblicazione, a cura di Michael Shellenberg, fondatore e presidente della Environmental Progress, di *The Wpath files*: 170 pagine per la trascrizione di un video e una selezione di messaggi di una chat riservata ai mem-

bri della associazione da cui emerge un tasso impressionante di approssimazione e superficialità, supportato da una abbondante dose di ideologia. Trattamenti su minori con pesanti problematiche di salute mentale, dettagli di discutibilissimi interventi anche chirurgici, a livello genitale, spesso improvvisati per stessa ammissione dei membri della chat, insieme alla consapevolezza del fatto che i giovanissimi che accedono alle terapie affermative – e talvolta anche i loro genitori – non sono in grado di capirne le conseguenze per tutta la loro vita, ad esempio la sterilità e la funzionalità sessuale. E pensare che secondo la Wpath questi percorsi «sono basati su decine di anni di esperienza clinica e di ricerca; pertanto non sono considerati sperimentali».

Lo stop del governo inglese alle terapie farmacologiche per la disforia di genere è il segnale di un ripensamento in corso

IL DOSSIER

«Non esistono prove su sicurezza ed efficacia clinica»: ora Londra dice basta con la procedura per i minori a disagio con il loro sesso, mentre emerge la sottovalutazione delle pesanti ricadute sul corpo e la psiche



Il bando inglese dei bloccanti della pubertà rimette in discussione il trattamento della disforia



Sanità hi-tech uno sguardo sul futuro

Dal Piemonte alla Sicilia, le tecniche diagnostiche e operatorie più innovative hanno fatto fare passi da gigante alla medicina convenzionale

di ELISA MANACORDA E SIMONE VALESINI

P Il futuro in medicina sta bussando alla porta. E in alcuni casi è già entrato. Nella pratica clinica sono tante le eccellenze che stanno rivoluzionando l'approccio ad alcune patologie, dal cancro alle malattie neurodegenerative. Ecco uno sguardo su quello che accade in alcune regioni italiane.

LOMBARDIA

Terapia genica: dalle malattie rare alla cura dei tumori. «Oggi possiamo sostituire o riparare i geni difettosi che causano immunodeficienze, malattie da accumulo e altre rare patologie genetiche, e anche editare le sequenze del Dna per potenziare una funzione delle cellule trasformandole, a loro volta, in terapie». È così che Luigi Naldini, direttore dell'Istituto San Raffaele Telethon di Milano, racconta i traguardi raggiunti dalla terapia genica. Un campo che ha contribui-

to in prima persona a portare a maturità lavorando allo sviluppo dei vettori lentivirali, che hanno permesso di curare centinaia di persone affette da malattie genetiche rare come la leucodistrofia metacromatica o la mucopolisaccaridosi. E su cui si basano anche molte delle recentissime terapie antitumorali con cellule Car-T. «Migliorando le tecnologie di somministrazione, penso che in futuro riusciremo a trattare anche malattie per cui oggi muoviamo ancora i primi passi, come quelle del sistema nervoso, del cuore e dei muscoli – conclude Naldini – Le sfide da superare, invece, saranno principalmente la sostenibilità, perché si tratta di terapie costose, e l'accesso, soprattutto per le malattie rare».

LAZIO

Car-T: tumori, ma non solo. Le Car-T derivano da cellule del nostro sistema immunitario (i cosiddetti T linfociti) prelevate dai pazienti, modificate geneticamente per aggredire selettivamente e con più efficacia un bersaglio molecolare, e poi re-infuse per combattere tumori resistenti alle terapie tradizionali. Attual-

mente sono indicate per il trattamento di alcuni tipi di leucemie, linfomi e mielomi. Ma è solo la punta dell'iceberg. Come spiega Franco Locatelli, direttore del Dipartimento di Terapia Cellulare e Genica del Bambino Gesù di Roma, le Car-T potrebbero infatti rivoluzionare la cura di molte altre patologie, non solo oncologiche. «Al Bambino Gesù, unico centro in Europa, abbiamo sviluppato un approccio per il trattamento per le leucemie linfoblastiche acute T, ottenuto risultati importanti su bambini con neuroblastoma, e validato l'uso delle cellule Car-T in tre pazienti pediatriche affetti da malattie autoimmuni», sottolinea Locatelli. Si tratta di due ragazze con lupus eritematoso sistemico e un adolescente con dermatomiosite; tutti e tre i pazienti hanno ottenuto non so-



lo remissione di malattia, ma non assumono più alcuna terapia immunosoppressiva.

EMILIA-ROMAGNA

Neurostimolazione elettrica contro il Parkinson. Due elettrodi millimetrici impiantati nei nuclei del circuito extrapiramidale, una specifica area del cervello che governa il movimento. E un pacemaker posizionato all'altezza della clavicola per modularne l'attivazione tramite corrente elettrica. È la stimolazione cerebrale profonda proposta a pazienti con Parkinson, in grado di migliorare in modo sensibile il controllo dei tremori tipici della malattia. All'Irccs Istituto Scienze Neurologiche di Bologna, un team di ricercatori e neurochirurghi ha per la prima volta impiantato su un paziente un sistema ricaricabile e "closed loop", ovvero in grado di modulare autonomamente la stimolazione a seconda delle condizioni del paziente. «Rispetto ai tentativi fatti in passato – spiega Alfredo Conti, neurochirurgo dell'Irccs che ha condotto

l'operazione – il nostro sistema rappresenta la massima evoluzione consentita dal progresso della tecnologia. Gli elettrodi sono minimamente invasivi, il pacemaker è ricaricabile dall'esterno, e soprattutto lo stimolatore è in grado di leggere l'attività elettrica del nucleo e di calibrare il dosaggio della terapia elettrica in tempo reale».

CAMPANIA

Oncologia di precisione: dalla diagnostica alle sperimentazioni cliniche. L'oncologia di precisione punta a identificare le caratteristiche molecolari che distinguono le cellule tumorali da quelle sane, per utilizzare farmaci che le bersagliano selettivamente, con maggiore efficacia e meno effetti collaterali. «L'approccio che massimizza le possibilità di identificare un bersaglio per le terapie oncologiche di precisione è quello della *next generation sequencing*, che consiste nel cercare con un unico test una grande quantità di difetti genetici», spiega Francesco Perrone, direttore della Struttura complessa Sperimentazioni cliniche del-

l'Istituto Tumori Pascale di Napoli e presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica. «Non si può fare sempre, ma offre vantaggi dimostrati per alcuni tumori, e l'opportunità di identificare mutazioni che danno accesso alle sperimentazioni di nuovi farmaci. Nella rete oncologica campana abbiamo un sistema che consente a tutti i centri di segnalare pazienti per i quali è nota un'anomalia genetica o molecolare, e verificare se c'è possibilità di accedere ad una sperimentazione clinica nelle strutture, come la nostra, in cui si fa più ricerca clinica».

TOSCANA

Home medicine: pazienti seguiti in tempo reale. Sanità digitale è prenotare visite ed analisi, effettuare pagamenti, ritirare certificati e referti, tutto online con pochi click. L'Home medicine è qualcosa di più: è colmare l'ultimo miglio, integrando la telemedicina nell'ecosistema sanitario digitale, così da avere un'unica piattaforma su cui gestire tutti gli aspetti della nostra salute. Uno degli esempi più all'av-

guardia è quello toscano, regione che di recente ha attivato una soluzione unica a livello europeo. «Di norma i dati registrati dai sensori per l'automonitoraggio sono inaccessibili per il sistema sanitario», racconta Andrea Belardinelli, responsabile del settore Sanità Digitale e Innovazione della Regione Toscana. «Noi abbiamo fatto l'integrazione diretta dei sensori per la misura della glicemia col fascicolo sanitario elettronico, permettendo ai pazienti diabetici di essere seguiti in tempo reale dal proprio medico curante o dallo specialista, ovunque si trovino. La sfida sarà estendere l'esperienza anche ai dati raccolti da pacemaker, defibrillatori e altri dispositivi indossabili, che oggi rimangono in mano ai pazienti e ai produttori, e che potrebbero invece moltiplicare il proprio valore, se messi a disposizione del servizio sanitario, garantendo e migliorando i livelli qualitativi dell'assistenza e gli outcome di salute».

PIEMONTE

Tumore alla prostata, così i radionuclidi uccidono le cellu-

le malate. È una delle massime espressioni della medicina di precisione in oncologia: è la terapia con radioligandi, in grado di colpire in maniera mirata le cellule tumorali che esprimono sulla superficie un antigene di membrana, al quale si lega la particella radioattiva in grado di distruggerle. «Usata con successo nel trattamento dei tumori neuroendocrini, questa terapia si sta rivelando interessante anche nel trattamento del tumore alla prostata avanzato e resistente alla castrazione, cioè alla deprivazione androgenica», spiega Marcello Tucci, oncologo e direttore dell'Oncologia dell'ospedale Cardinal Massaia di Asti. Nell'85% dei casi, infatti, le cellule di questo tumore esprimono il Psma che può così diventare un bersaglio terapeutico per il Lutetio 177, un radionuclide che si inietta endovena e uccide la cellula con grandissima specificità, lasciando intatte quelle circostanti. Il Piemonte è in prima linea in questo settore grazie alla presenza dello stabilimento di Ivrea che produce la terapia, e al grande lavoro fatto sull'approccio multidisciplinare,

poiché a somministrare la terapia prevista dall'oncologo deve essere lo specialista in medicina nucleare.

SICILIA

Realtà virtuale in sala operatoria. La paziente è stesa sul letto della sala operatoria. Il chirurgo, grazie a uno speciale visore, osserva sul corpo l'immagine tridimensionale dell'organo da operare. È il primo intervento con l'ausilio della realtà aumentata condotto all'Ismett-Upmc di Palermo. «La realtà aumentata ci consente di aumentare le nostre capacità sensoriali in modo virtuale, per ottenere una migliore percezione del mondo reale», spiega Francesco Musumeci, Senior Consultant in Cardiac Surgery del centro siciliano. A partire dai dati ottenuti da Tac, risonanza magnetica, ecografia e radiografia, il computer ricostruisce



in 3D l'organo del paziente con una risoluzione eccezionale: una olografia che ne riproduce nei dettagli la morfologia, e che l'operatore può osservare da tutti i punti di vista, ruotandolo, spostandolo o ingrandendolo per preparare meglio l'intervento o come guida quando ha già il bisturi in mano. «Questo ausilio riduce molto le complicazioni, perché dandoci una visione dettagliata di tutto quello che possiamo trovare all'interno del paziente – aggiunge Musumeci – azzerà gli imprevisti che potrebbero interferire con il successo dell'intervento».

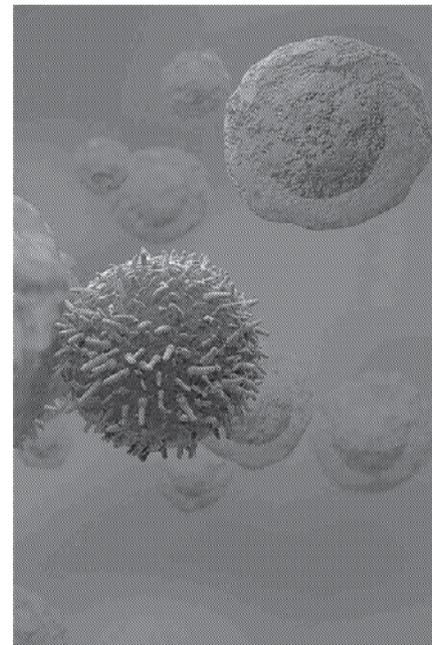
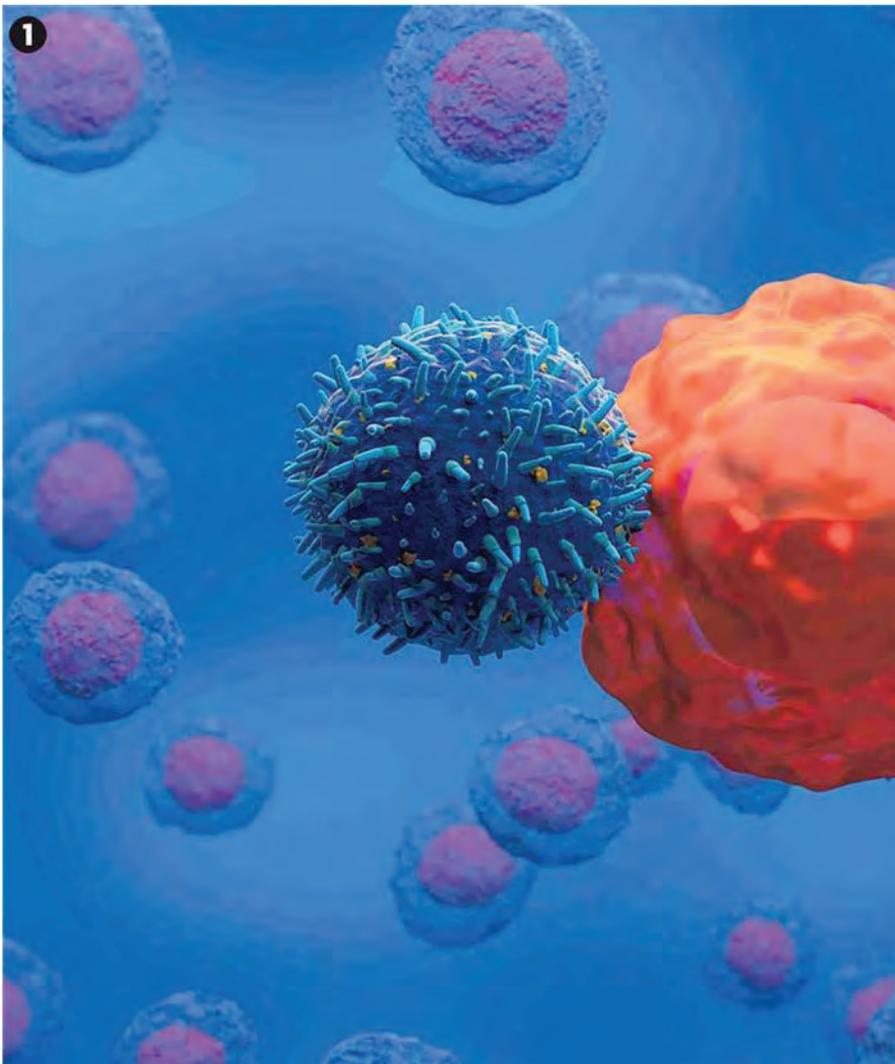
FUGLIA

Diagnosi precoce in palma di mano. Inizialmente non sembrava possibile: sarebbe stato come rilevare una goccia d'acqua

su una superficie di un lago. E invece il dispositivo palmare SiMoT, sviluppato dal Centro di innovazione regionale in Single Molecule Digital Assay di Bari, si è rivelato in grado di fare diagnosi precoce dei tumori o di altre patologie a partire da un minuscolo campione biologico: dunque di individuare una singola proteina di interesse in 0,1 millilitri di sangue, saliva o urine. «La potenzialità di questo dispositivo, grande quanto una chiavetta Usb, sta nella sua capacità di amplificazione del segnale», spiega Luisa Torsi, chimica e presidente del Centro pugliese. «In una prima sperimentazione su 18 pazienti con Covid-19 – continua Torsi – abbiamo analizzato una goccia di saliva, e il SiMoT è stato in grado di individuare una singola particella virale, con un margine di erro-

re inferiore all'1 per cento». Ora il dispositivo entra in una nuova fase: sotto il vaglio del ministero della Salute, SiMoT verrà testato su 50 pazienti per 1500 rilevazioni di campioni. Obiettivo finale, verificare la presenza di marcatori dei tumori ginecologici e di altri tipi di neoplasie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GLI ESEMPI

1

Car-T
Le Car-T derivano da cellule del sistema immunitario modificate per aggredire un bersaglio

2

Realtà virtuale
Il chirurgo, grazie a uno speciale visore, osserva sul corpo l'immagine tridimensionale dell'organo da operare

3

I radionuclidi
È la terapia con radioligandi, in grado di colpire in maniera mirata le cellule tumorali



1

Le cellule
Le cellule immunitarie Car-T

2

La realtà virtuale
Il visore chirurgico per la realtà virtuale



Ci cureremo grazie all'I.A.

di GIULIANO FOSCHINI



Per esempio: al Policlinico di Bari è in corso di sperimentazione un software per supportare la senologia nella diagnosi precoce e più precisa al tumore della mammella. Ancora: l'istituto tumori è capofila di un progetto nazionale per l'utilizzo di tecnologie specifiche in ambito on-

cologico. Da Bari a Lecce si sta lavorando a diversi progetti specifici sulla medicina predittiva e sulle cure personalizzate. L'impresa, come ha spiegato il presidente di Confindustria, Sergio Fontana ha capito da tempo le potenzialità ed è lì in prima fila.

Ecco perché tutte le volte che sentite parlare di Intelligenza artificiale è bene non immaginare soltanto Chat Gpt o quelle diavolerie che rischiano di mandare dall'altra parte del campo tutto quello in cui abbiamo sempre creduto. L'intelligenza artificiale è già oggi una realtà importante nel mondo della medicina, nel mondo. E anche nelle strutture pugliesi. Dove, nonostante si sia ancora all'inizio, non mancano i progetti di sperimentazione. «L'IA ha rivoluzionato l'interpretazione delle immagini diagnostiche come radiografie, risonanze magnetiche e tomografie computerizzate. Gli algoritmi di deep learning possono analizzare queste immagini con una precisione straordinaria, aiutando i radiologi nella rilevazione precoce delle malattie e nella diagnosi, ad esempio individuando anomalie che potrebbero sfuggire all'occhio umano» hanno spiegato recentemente Primo Buscemi e Marco del Riccio, due medici appunto che si stanno occupando

dell'applicazione dell'intelligenza artificiale nel loro campo. Un punto fondamentale è quello della medicina personalizzata, «l'adattamento dei trattamenti medici - spiegano - ai singoli pazienti. Gli algoritmi di IA possono analizzare grandi moli di dati, incluse le informazioni genetiche, la storia clinica e le informazioni sullo stile di vita, per creare piani di trattamento personalizzati. Analizzando i dati relativi alle caratteristiche di ciascun paziente, l'IA può aiutare a ottimizzare la scelta dei farmaci, il dosaggio e le strategie di trattamento, migliorando gli esiti terapeutici e riducendo gli effetti collaterali. Nello stesso modo è possibile prevedere il rischio di malattia analizzando i dati e identificando i fattori di rischio». Un capitolo a parte riguarda la chirurgia roboti-

ca: «I chirurghi - si legge ancora nello studio - possono eseguire procedure complesse con maggiore precisione, riducendo le complicazioni, i tempi di recupero e migliorando gli esiti chirurgici».

In Puglia, si diceva, è in corso una sperimentazione al Policlinico di Bari nel reparto di senologia. «In caso di lesione sospetta, o nelle donne con molti noduli al seno o con tessuto mammario denso, un algoritmo di intelligenza artificiale adotta pochi secondi per confrontare l'ecografia della paziente con quasi un milione di immagini ecografiche di lesioni mammarie provenienti da fonti di tutto il mondo. L'esito è un eventuale alert al senologo con la percentuale di malignità o di benignità della lesione, sulla base di alcune caratteristiche che vengono precisamente descritte al medico» spiegano dall'azienda sanitaria. «Una possibilità data soltanto dall'Intelligenza artificiale, che è in grado di processare milioni di dati in poco tempo».

Il gruppo Almagora ha in corso invece una sperimentazione con l'Oncologico di Bari e la Regione. Si chiama «Oncologia» e «rappresenta un sistema di diagnosi avanzata basato su tecnologie di intelligenza artificiale, machine learning e digital twin: l'obiettivo è la predizione di possibili sue complicanze e nella migliore strategia di follow up in funzione dei servizi territoriali a disposizione».

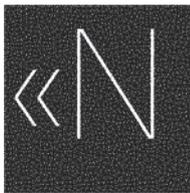
Accanto a tutto questo c'è però un gigantesco problema di tipo tecnico e, in qualche maniera, etico. Come vengono trattati i nostri dati? Chi se ne assume la responsabilità? Da remoto esiste una possibilità di alterare le cure? E ancora: in caso di diagnosi sbagliata, chi ne risponde? Sono temi su cui fa i conti per esempio l'Agenzia cyber che, da tempo, ha predisposto un lavoro mirato sulla sicurezza della sanità (vedi gli attacchi mirati ai server delle singole regioni) con le applicazioni anche della Intelligenza artificiale. «Perché - ha spiegato la vice direttrice dell'Agenzia, Nunzia Ciardi, in un incontro avvenuto proprio a Bari - la sanità è uno dei settori più esposti. Ma si tratta anche, purtroppo, di un segmento che sconta una mancanza di investimenti. Non c'è cultura per capire quanto sia importante investire per proteggere le nostre informazioni sensibili».



Quel microbo buono

di ELEONORA CAPELLI

Il professor Riccardo Masetti: “Un bimbo di 3 anni grazie al trapianto di microbiota è riuscito a superare la malattia”



«Non esiste un farmaco così potente come un buon microbo che già ci abita, che già è parte del nostro sistema. Il trapianto di microbiota serve a ristabilire un equilibrio che la malattia ha alterato». Riccardo Masetti, professore di oncematologia pediatrica presso

l'Irccs Azienda Ospedaliero universitaria di Bologna, in corsia al Sant'Orsola con i piccoli malati di tumore, vede il futuro della cura nei microbi.

Riccardo Masetti, quale caso pediatrico ha rappresentato per voi una conferma particolare per quanto riguarda il trapianto di microbiota?

«Abbiamo avuto un grandissimo miglioramento nel quadro clinico di un bimbo di 3 anni e 8 mesi che grazie al trapianto di microbiota è riuscito a superare la malattia da trapianto verso l'ospite, dopo un trapianto di midollo. Si tratta dell'attacco del sistema immunitario del donatore nei confronti del ricevente, una specie di rigetto al contrario. È stato il bimbo più piccolo in Europa che ha avuto un trapianto di microbiota per questa indicazione, ades-

so sta bene e ha potuto ridurre l'immunosoppressione, che ne metteva a rischio la vita in caso di infezioni».

Il trapianto di microbiota è complesso tecnicamente?

«Assolutamente no, i microbi contenuti nell'intestino di un donatore che viene selezionato, poi emulsionati, vengono messi nell'intestino e nello stomaco con un sondino naso-gastrico o attraverso la gastroscopia. Attualmente si tratta di donatori adulti, selezionati con determinati profili che l'ente regolatorio richiede, perché particolari microbi non devono essere presenti. Nel laboratorio della professoressa Tiziana Lazzarotto c'è la banca del microbiota, sul sito del Sant'Orsola c'è anche un link per chi vuole diventare donatore».



Quale caratteristica preziosa hanno messo in luce questi microbi?

«Questo caso ci ha dato conferma che il microbiota può interloquire in senso modulatorio, cioè modulare le funzioni del sistema immunitario. Regolare quindi le malattie che trovano nell'autoimmunità e nell'infiammazione l'innescò piú importante. Malattie infiammatorie intestinali, il morbo di Crohn, la retocolite ulcerosa: in questi casi il microbiota può fungere da regolatore del sistema immunitario».

Ci sono applicazioni specifiche in campo pediatrico?

«Ci sono ad esempio studi che riguardano i bambini con lo spettro autistico, perché esiste una relazione con il sistema nervoso centrale, un'interlocuzio-

ne tra intestino e cervello che può modulare i disturbi dello spettro autistico. È una frontiera che va sperimentata».

In pratica questo trapianto vuole sfruttare l'equilibrio di un donatore sano per "diffonderlo"...

«Esatto, si tratta di ristabilire un equilibrio che una malattia o il nostro stile di vita hanno compromesso. Si tratta di ritrovare un'eubiosi, preziosissima».



1

Sant'Orsola

L'équipe che ha eseguito il trapianto di microbiota al Policlinico



LA RICERCA

Come lo smog aumenta i rischi di Alzheimer

di CATERINA GIUSBERTI

Nel 2022, nella città metropolitana di Bologna, sono morte per «cause di breve termine attribuibili all'inquinamento» 262 persone: 0,7 al giorno, una ogni 33 ore. Si tratta di ictus, infarti, episodi gravi di insufficienza respiratoria in persone che soffrivano di bronchite, gravi reazioni allergiche. Decessi in cui «lo smog è una concausa determinante, la classica goccia che fa traboccare il vaso», spiega il capo della sanità pubblica Paolo Pandolfi. Ma non sono meno importanti gli effetti di lungo termine dell'inquinamento: riduzione dell'aspettativa, di vita, tumori al polmone e all'apparato genito-urinario. E degli effetti neurologici dell'inquinamento, cosa sappiamo? Ebbene, uno studio recentemente pubblicato su *Neurology* ha messo in evidenza un'associazione tra l'esposizione a elevati livelli di Pm 2,5 e la malattia dell'Alzheimer. Per arrivare a questo risultato i ricercatori

hanno esaminato il tessuto cerebrale di 224 persone decedute e affette da questa patologia (che avevano espresso la volontà di donare il proprio cervello ai fini di ricerca) per individuare i segnali tipici dell'Alzheimer. Questi risultati sono stati poi confrontati con i livelli di particolato registrati nell'anno e nei tre anni precedenti la morte di queste persone, nell'area in cui risiedevano. Ed è stato visto che all'aumentare dei livelli di inquinamento, aumentavano i anche segni di neurodegenerazione. Per il momento, hanno spiegato gli esperti, si tratta ancora di un'associazione e non di un nesso causa-effetto. Quello che invece è stato dimostrato è che l'inquinamento atmosferico è da considerare una concausa nell'insorgenza di forme di neurodegenerazione. Nello studio di *Neurology* si stima che possa pesare fino all'1%, in tutte le forme di demenza. Il meccanismo è lo stesso che concorre nell'aumentare il rischio di infarti: in particolare le polveri più piccole, quelle 2,5, contribuirebbero ad aumentare l'infiammazione sistemica.

Per Andrea Fabbo, direttore dell'Unità operativa disturbi co-

gnitivi e demenza dell'Ausl di Modena, questo significherebbe modificare le linee guida per la prevenzione di queste malattie: «La prevenzione - spiega - è fondamentale ed è legata agli stili di vita. Per questo vorremmo lavorare con la sanità pubblica anche a livello regionale per studiare programmi di prevenzione della demenza, che coinvolge tra le 70 e le 90 mila persone a livello regionale. La Lancet commission nel 2020 ha pubblicato i dodici fattori di rischio della demenza, e l'inquinamento è uno di questi. Il concetto nuovo, emerso solo negli ultimi anni, è che il 40% dei casi di demenza si può prevenire. Per questo tra i consigli che diamo ai pazienti che non hanno ancora sviluppato la malattia, ma che definiamo ad alto rischio di svilupparla, c'è anche quello di evitare di praticare attività fisica in zone inquinate, per esempio. È un cambio di prospettiva».

Uno studio recentemente pubblicato su *Neurology* ha messo in evidenza un'associazione tra l'esposizione a elevati livelli di Pm 2,5 e la malattia. I dati allarmanti sui decessi forniti dall'Ausl di Bologna



Con i modelli matematici una diagnosi precoce

di ANTONINO PALUMBO

La diagnosi precoce di Alzheimer è una delle grandi sfide della scienza contemporanea. Individuare la ma-

lattia in anticipo, prima dell'insorgere dei sintomi, è fondamentale per studiare future terapie rivoluzionarie. In Toscana è stato sviluppato un nuovo metodo per ottenere la diagnosi precoce dell'Alzheimer: combinare l'elettroencefalogramma e i modelli matematici. Lo studio è stato coordinato dall'Istituto di Biorobotica della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con l'Azienda ospedaliero universitaria Careggi di Firenze.

Il nuovo metodo, sviluppato grazie ai finanziamenti del progetto Preview della Regione Toscana coordinato dall'Aou Careggi e del progetto Pnrr Mnesys, può aiutare a formulare una diagnosi precoce basandosi solo sull'elettroencefalogramma. Attualmente, invece, la diagnosi dell'Alzheimer, morbo che ogni anno in Italia affligge circa 600mila perso-

ne, arriva spesso solo quando i sintomi sono evidenti, anche perché gli attuali sistemi diagnostici sono costosi in termini di tempo e di risorse. È una partita impegnativa e stimolante, dunque, quella affrontata nella pubblicazione uscita sulla rivista "Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring (Dadm)".

Il primo autore dello studio è Lorenzo Gaetano Amato, studente PhD dell'Istituto di Biorobotica. «Abbiamo analizzato l'elettroencefalogramma di oltre 100 pazienti affetti da fasi prodromiche della malattia - ha spiegato Amato - quindi prima dell'insorgere dei sintomi. E basandoci su questa analisi abbiamo sviluppato un modello matematico in grado di simulare quello che avviene nel cervello dei pazienti». Risolvendo le equazioni che descrivono l'evoluzione della malattia nel tempo, il modello matematico genera un elettroencefalogramma virtuale che i ricercatori hanno confrontato con i dati reali per stabilire il grado di avanzamento della malattia di ogni paziente. «Il modello ci ha permesso di identificare la malattia prima dell'insorgenza dei sintomi, il tutto con un semplice esame non inva-

sivo» ha proseguito lo studente della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Valentina Bessi, neurologa dell'Azienda ospedaliero universitaria Careggi e coordinatrice del progetto Preview, sottolinea le prospettive dell'iniziativa. «Questi risultati sono molto importanti - ha evidenziato Bessi - perché individuare le forme di malattia di Alzheimer in uno stadio molto precoce, anche nelle fasi minimamente sintomatiche, rappresenta un target ideale per le future terapie in grado di cambiare il decorso della malattia».

La biorobotica diventa sempre più "sartoriale", come illustra Alberto Mazzoni, ricercatore presso l'Istituto pisano e responsabile dello studio anti-Alzheimer. «Siamo ormai in grado di sviluppare non solo modelli matematici del cervello medio, che non esiste - le parole di Mazzoni - ma modelli personalizzati dei cervelli individuali dei vari pazienti. Questi modelli sono utili nella diagnosi delle malattie, come mostra questo lavoro, e presto saranno utili anche per lo sviluppo di terapie che si adattino alle diverse esigenze di ogni paziente».

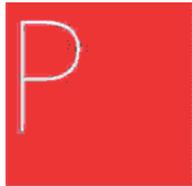
Lo studio è stato coordinato dall'Istituto di Biorobotica della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con l'Azienda universitaria Careggi di Firenze



Cure su misura con la genomica

L'istituto Gaslini partecipa a due percorsi di studio scientifico, mirati ad analizzare i dati clinici di una vasta popolazione dall'età pediatrica in poi per identificare i fattori ambientali e genetici di rischio, le misure di prevenzione e le terapie

di ALBERTO BRUZZONE



redditiva, personalizzata, partecipata e di precisione. Così, con queste quattro P, dovrà essere sempre di più la medicina del futuro. Trattare i pazienti in maniera personalizzata, infatti, significa da una parte aver svolto un'approfondita attività diagnostica e, dall'altra, aver molte

più possibilità di riuscita nelle cure. In fatto di medicina predittiva, l'ospedale pediatrico Giannina Gaslini di Genova si conferma un'eccellenza, con due percorsi di livello uno nazionale e l'altro europeo. Si chiamano, rispettivamente, "LIFEMap" e "PerSAIDs" e ad illu-



strarli è Isabella Ceccherini, responsabile dell'Unità operativa semplice dipartimentale Laboratorio di Genetica e Genomica delle Malattie Rare per l'Istituto Gaslini, con attività sia diagnostiche che di ricerca. «“LIFEMap” – racconta – consiste in una “mappatura genomica” che consentirà l'identificazione di fattori di rischio genetici per malattie ad alto impatto nella popolazione, e pertanto favorirà l'attuazione di piani per la medicina predittiva e per trattamenti personalizzati. Si tratta di un progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute, all'interno del Piano Operativo Salute, del quale il Gaslini è capofila, coinvolto insieme a IRCCS San Raffaele Roma, AORN Santobono-Pausilipon Napoli, ASL Teramo, Università dell'Aquila, Università di Padova, Università Kore di Enna, Università Telematica San Raffaele Roma-Sede Acireale, Centro di ricerca, sviluppo e studi superiori (CRS4) in Sardegna e il Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario (CEFPAS) in Sicilia. Il lavoro durerà circa quattro anni e verranno raccolti i dati sia clinici che genetici di un imponente gruppo di popolazione che comprende un totale di cinquemila soggetti con patologie metaboliche, malattie infiammatorie croniche e condizioni neoplastiche. Pazienti pediatrici e adulti rappresenteranno rispettivamente circa la metà dell'intero set e i loro campioni biologici verranno analizzati in uno stesso disegno sperimentale che, a partire dall'assunto che molti problemi specifici di salute degli adulti hanno origine nell'infanzia, cercherà di identificare i fattori ambientali e genetici coinvolti in questa evoluzione “bambino-adulto” in modo da poter adottare misure preventive efficaci». Laureata in Scienze Biologiche e con un dottorato in Scienze Genetiche, Isabella Ceccherini adotta da anni la tecnologia del sequenziamento di nuova generazione per studiare diverse sindromi pediatriche. Per “LIFEMap” è la coordinatrice di progetto: «Al Gaslini, ci siamo chiesti quale disegno sperimentale sarebbe stato più

idoneo a identificare fattori di rischio nella popolazione adulta a partire dallo studio dei nostri piccoli pazienti, per attuare una strategia di medicina predittiva. L'obiettivo è diagnosticare precocemente e prevenire l'insorgere di malattie complesse grazie all'identificazione di fattori di rischio che possono anche suggerire terapie personalizzate». La tecnologia sarà di fondamentale supporto sia nella fase di ricerca che in quella di gestione dei dati: «Abbiamo predisposto un database dove ciascun centro clinico inserirà, per ciascun paziente reclutato, una serie di parametri, dati e indicatori prestabiliti, oltre che informazioni utili a ricostruire stile di vita ed esposizione a specifici fattori ambientali. I dati genetici saranno immagazzinati in una piattaforma adeguata e sufficientemente capiente: saranno ricavati risultati, informazioni e indicazioni per una medicina predittiva e personalizzata». Secondo Isabella Ceccherini, «le malattie genetiche a trasmissione complessa non si evitano, ma si possono prevedere». Quanto al progetto europeo, si chiama invece “PerSAIDs” e si concentra «unicamente sulle malattie autoinfiammatorie sistemiche, le cosiddette SAID. Su questo fronte, la medicina personalizzata è già una realtà consolidata. Tuttavia, ci sono prove che anche altri SAID, il 70-80%, noti come “non definiti” (uSAID) poiché i test molecolari non possono fornire conferme diagnostiche, potrebbero trarre vantaggio da approcci personalizzati». Con “PerSAIDs” si vogliono collegare «alcuni dei più grandi registri e archivi di campioni biologici sui SAID in Europa per analizzare i dati disponibili, ma anche per produrre dati nuovi, e non solo genomici. Si tratta dei cosiddetti dati “omici”, derivanti da tipi diversi di campioni biologici. Allo scopo di analizzare una tale quantità di dati, svilupperemo nuovi protocolli e pipeline bioinformatiche, oltre ad approcci appropriati, compresi strumenti di apprendimento automatico»

**Isabella
Ceccherini
“L'obiettivo è
prevenire e
diagnosticare
in tempo
patologie
complesse”**



Un modello sui neonati prematuro

Uno studio dell'Istituto Italiano di Tecnologia col Gaslini ha sviluppato il primo strumento predittivo sugli effetti neurologici della carenza dell'ormone IGF-1



Un modello preclinico per studiare gli eventuali deficit cognitivi e comportamentali che si potrebbero manifestare nei bambini nati prematuri. È una pubblicazione che pone le basi per mettere a punto un possibile trattamento da impiegare in futuro per dimi-

nuire la gravità di queste problematiche, lo studio pubblicato dall'Istituto Italiano di Tecnologia IIT e dall'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Giannina Gaslini sulla rivista internazionale *Sciences Advances*. Un primo passo fondamentale, perché nonostante i progressi scientifici abbiano aumentato la probabilità di sopravvivenza dei bambini nati prematuramente rispetto al passato, negli ultimi dieci anni è stato dimostrato che questi neonati sono più soggetti a deficit cognitivi e comportamentali rispetto a quelli nati a termine. Ma, fino a oggi, non esistono ancora strategie terapeutiche approvate: anche – appunto – perché mancava un adeguato modello preclinico su cui effettuare studi e mettere a punto eventuali trattamenti. È l'unità Brain Development and Disease dell'IIT, coordinata da Laura Cancedda, ad aver sviluppato in laboratorio il primo modello preclinico in grado di emulare gli effetti neurologici causati dalla carenza dell'ormone IGF-1 – ovvero Insulin Growth Factor type 1, ormone che svolge un ruolo fondamentale nella crescita di molte cellule del corpo, tra cui quelle cerebrali – dei nati pretermine. Anche grazie al contri-

buto del laboratorio Core Facilities di Proteomica del Gaslini.

Per verificare l'affidabilità di questo modello, un gruppo di ricercatori del Gaslini guidati dal professor Luca Ramenghi ha eseguito in parallelo dei test clinici su pazienti di cinque anni con deficit cognitivi e comportamentali simili al modello preclinico. «Il modello si è rivelato efficace per studiare i disturbi neuropsichiatrici dei bambini pretermine – spiega la responsabile dell'unità Brain Development and Disease di IIT Laura Cancedda – questi risultati sono basati sul parallelismo tra modello preclinico e paziente». «I neonati gravemente pretermine, cioè nati prima di trentadue settimane di gestazione, vanno incontro a complicanze dovute allo sviluppo incompleto degli organi – spiega il professor Luca Ramenghi, direttore di Patologia neonatale dell'Istituto Gaslini – a questi problemi si aggiunge il distacco precoce dalla placenta, che li priva del supporto di alcune sostanze fondamentali per lo sviluppo, come l'IGF-1».

di ERICA MANNA



“Una sola goccia di sangue per scoprire 40 malattie”

La tecnologia ha consentito negli ultimi tempi di fare enormi progressi nella ricerca e dell'individuazione delle malattie rare, con notevoli passi in avanti sia dal punto di vista diagnostico che dal punto di vista terapeutico. A raccontare queste evoluzioni in età pediatrica è il professor Federico Zara, vicedirettore scientifico dell'Istituto Gaslini e direttore dell'Unità operativa complessa di Genetica Medica: «Sicuramente la tecnologia ci consente di studiare meglio le caratteristiche cliniche del paziente. Possiamo, ad esempio, cercare di capire che cosa avviene nel cervello, senza toccare il cervello stesso. L'aumento della sensibilità delle risonanze magnetiche ci ha permesso di fare diagnosi sempre più approfondite e dettagliate di malformazioni e deformazioni cerebrali». Oltre a questo, illustra Zara, «ci sono poi tecnologie applicate alla ricerca nel campo delle cosiddette omiche. Tra queste, la capacità di estrarre dai liquidi corporei una quantità enorme di molecole, per individuare i biomarcatori». Più a fondo si riesce ad andare nella parte diagnostica, più la medicina diventa a misura di paziente, come una sorta di vestito ritagliato appositamente. «Più un pa-

ziente viene stratificato a livello di dati e di informazioni, più è facile fare una diagnosi dal punto di vista genetico. Per questo soggetti che possono avere la stessa malattia, hanno poi percorsi differenti. Le nuove tecnologie ci permettono di tracciare dei fenotipi sempre più precisi, che poi possono risultare molto preziosi per quei colleghi medici che si occupano invece della parte terapeutica». Medicina sempre più mirata, insomma: «Oggi – racconta il professor Zara – abbiamo la possibilità di conoscere il genoma umano al suo completo: infatti, siamo capaci di sequenziare circa ventimila geni in una volta sola. La tecnologia abbatte i costi di questo sequenziamento, migliora la gestione dei dati dal punto di vista informatico e ci offre strumenti per correlare il profilo genomico con le caratteristiche cliniche. Inoltre, la creazione di database interconnessi ci consente di ragionare su casi sempre più ampie. Da qui nasce lo sviluppo di terapie innovative». Di diagnosi precoce si parla sin dal periodo neonatale: «Prelevando una gocciolina di sangue dal tallone del piccolo, si può avviare uno screening biochimico per l'individuazione di oltre quaranta malattie metaboliche. Questo consente di capire anche come starà una per-

sona in prospettiva, man mano che crescerà». Quanto alle malattie rare, il professor Zara traccia la rotta: «È da molti anni che il Gaslini è impegnato nel comprendere i meccanismi alla base di patologie neuropediatriche e migliorare i percorsi diagnostici utilizzando le nuove tecnologie della genomica. Esistono infatti tra le settemila e ottomila malattie rare conosciute e la maggior parte di queste sono di origine genetica. Solo il 5%, però, ad oggi ha una cura: per questo la ricerca è fondamentale, come punto di partenza per sviluppare terapie sempre più efficaci. Identificare le cause delle malattie genetiche consente di gestire in modo più efficace il bambino dal punto di vista clinico, informare le famiglie dei rischi inerenti alle future gravidanze e sviluppare terapie personalizzate in futuro». **-alberto bruzone**

Il professor Federico Zara direttore di Genetica Medica racconta l'importanza della diagnosi precoce neonatale per capire come starà una persona in prospettiva anche quando crescerà



20 mar
2024

DAL GOVERNO

S
24

Donne, tumore al seno e tossicità finanziaria: è tempo di un nuovo Welfare

di Rosaria Mustari*

L'emergenza Covid e il post Covid, la carenza di risorse finanziarie e di personale medico e l'incremento dei costi di tutte le attività sanitarie stanno determinando, secondo le analisi più recenti, un progressivo indebolimento del SSN, con conseguenze allarmanti per i cittadini, per l'incidenza sempre maggiore delle spese mediche sul bilancio delle famiglie.

Il problema è ancor più grave allorchè va a incidere su categorie sociali poco favorite, basti pensare alle donne affette da tumore al seno e alla cosiddetta "tossicità finanziaria". Si tratta delle ricadute economiche che conseguono per la paziente alla diagnosi della malattia, non tanto per i costi delle cure, che restano per la più gran parte a carico del SSN, bensì per le ripercussioni sulla vita sociale, familiare e lavorativa che si traducono in un aggravio di spese: ad es. i costi degli spostamenti per le visite, per baby-sitter o per le pulizie, per la parrucca, per prodotti cosmetici, per reggiseni e dispositivi post-operatori, la dieta, la fisioterapia o la riabilitazione, senza considerare poi l'aspetto più drammatico della incapacità di produrre reddito.

È emerso da alcuni studi che la tossicità finanziaria aumenta la percentuale di insuccesso delle cure, ovvero il peggioramento della situazione economica riduce le probabilità di guarigione.

La gravità e la diffusione del fenomeno rendono indifferibili norme e misure

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



di sostegno ad hoc, tuttavia, taluni rimedi sono già disponibili. In primis il microcredito sociale, un finanziamento entro i 10 mila euro che l'articolo 111, co. 3, del Testo Unico Bancario prevede "a favore di persone fisiche in condizioni di particolare vulnerabilità economica o sociale".

La concessione di credito a un malato oncologico può apparire un tabù, tuttavia, nel caso dei tumori della mammella, i dati sono molto favorevoli per l'altissima percentuale di guarigioni e quindi si può pensare a misure agevolative anche per le ammalate che svolgano attività autonome, che ancor più necessitano di adeguato sostegno.

Ebbene, il microcredito imprenditoriale è un finanziamento di importo massimo di 75 mila euro finalizzato all'avvio o sviluppo di iniziative imprenditoriali, garantito dal Fondo di garanzia per le PMI, con servizi di assistenza - "tutoraggio" - dei soggetti finanziati (V. articolo 111 T. U.B.). L'ausilio attivo del tutor che accompagna la paziente-beneficiaria per tutta la durata dell'operazione, dalla domanda di prestito fino alla restituzione, conferisce a tale strumento finanziario un valore aggiunto, in termini di sviluppo delle capacità personali, delle abilità gestionali e competenze economiche della sovvenuta.

Fornire assistenza quindi non come graziosa concessione una tantum, ma in modo da favorire la piena e inclusiva partecipazione economica e sociale e la promozione della dignità personale, in attuazione della Costituzione, in un'ottica di welfare moderno e innovativo: non più politiche sociali passive di mero trasferimento pecuniario, bensì politiche attive, incentrate sulla promozione della dignità e sull'inclusione sociale delle persone, alle quali si chiede un "corrispettivo", ovvero l'esercizio delle loro capacità a beneficio della comunità.

La crescente attenzione nei confronti delle tematiche sanitarie e delle patologie tumorali sta dando buoni frutti, vista la recente approvazione della legge sull'oblio oncologico, per cui l'attuale temperie può favorire l'avvio di un dibattito anche su questi profili finora trascurati. L'obiettivo è quello di sensibilizzare tutti i soggetti, pubblici e privati, potenzialmente capaci di un apporto sinergico sul tema, dalle banche alle istituzioni di governo centrale e locale, sollecitandone nuove e virtuose interazioni. Così è accaduto con il 'Microcredito di libertà' per le donne vittime di violenza, germinato dall'intesa tra Ministero per le pari opportunità, Abi, Federcasse, Caritas italiana, Ente Nazionale per il Microcredito.

Con l'auspicio ovviamente che la questione sortisca anche l'interesse del legislatore, in modo da rafforzare gli strumenti normativi già disponibili e introdurne di nuovi e ancor più efficaci.

**Consigliere di Amministrazione Ente Nazionale per il Microcredito*

20 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Giornata Mondiale NIDCAP: assistenza personalizzata per il neonato con il coinvolgimento di tutta la famiglia

Il ricovero in terapia intensiva rappresenta per i neonati prematuri o con gravi patologie una esperienza destabilizzante, che può influenzare uno sviluppo normale e causare gravi problemi clinici.

Da sempre la Società Italiana di Neonatologia (SIN), insieme con Vivere ETS, coordinamento delle associazioni dei genitori, è impegnata nello sviluppo di modelli assistenziali

focalizzati su un approccio di cure individualizzate per ogni singolo piccolo paziente e con il coinvolgimento della famiglia, dal momento del ricovero, fino alle dimissioni ed il follow-up.

In occasione della Giornata mondiale NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), che ricorre il 20 marzo, la SIN ribadisce l'importanza della centralità del neonato e della sua famiglia nel percorso di cura e la necessità di diffondere questo programma assistenziale a livello globale.

Il metodo NIDCAP è stato messo a punto da Heidelise Als e da alcuni suoi colleghi, per sostenere i neonati e le loro famiglie durante e dopo il ricovero in terapia intensiva neonatale. Ha l'obiettivo di ridurre al minimo le esperienze stressanti e la separazione dai genitori e di sostenere lo sviluppo del neonato attraverso un'assistenza individualizzata.



Una componente centrale del modello di cura è l'osservazione diretta dei bambini all'interno della TIN, attraverso uno strumento denominato osservazione NIDCAP. I comportamenti del bambino vengono osservati ed interpretati individuando i possibili segnali di benessere o di disagio. Osservando e interpretando i segnali che i bambini danno nel loro ambiente e le loro reazioni alle cure, è possibile programmare piani assistenziali personalizzati, condivisi con tutto il team di caregivers, a supporto della salute e dello sviluppo che il piccolo paziente deve raggiungere in quel preciso momento.

Il metodo NIDCAP è un programma di addestramento a livello mondiale per i professionisti sanitari. La formazione fornisce le competenze per comprendere e rispondere ai comportamenti del neonato e sostenere la relazione tra il neonato ed i suoi genitori, relazione che numerosi studi dimostrano essere di cruciale importanza per la salute, lo sviluppo ed il benessere a breve e a lungo termine.

Notevoli sono gli effetti positivi del metodo NIDCAP sul neonato prematuro e ad alto rischio come: migliore struttura e funzione del sistema nervoso centrale, riduzione dei giorni di ricovero, consistente aumento di peso, migliore outcome comportamentale durante l'infanzia e in età scolare. Il metodo NIDCAP, pertanto, protegge il cervello in via di sviluppo ed assicura ai genitori una maggiore competenza e sicurezza nel relazionarsi al proprio bambino ricoverato.

In Italia i professionisti certificati o in fase di certificazione NIDCAP sono presenti nelle TIN di Firenze, Genova, Torino, Roma, Siena, Treviso e Bologna, oltre che a Modena e Rimini, dove sono stati aperti i due primi centri di formazione, l'Italian Modena NIDCAP Training Center, diretto dal Prof. Alberto Berardi e trainer Natascia Bertoncelli e il Rimini NIDCAP Training Centre diretto dalla Dott.ssa Gina Ancora e trainer Natascia Simeone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ROCCA

Liste d'attesa monitorate con il «cruscotto»

di **Maria Egizia Fiaschetti**

È la sanità a scandire il bilancio del primo anno «a testa bassa» di Francesco Rocca alla guida del Lazio. Il governatore annuncia l'arrivo, tra un mese, del «cruscotto sanitario» per monitorare i posti letto disponibili, inclusi i reparti di emergenza e urgenza, negli ospedali pubblici e nelle strutture private accreditate.

continua a pagina 3

Rocca: «Liste d'attesa, prime riduzioni entro dicembre»

Il bilancio a 12 mesi dall'insediamento. Il Pd: nessuna azione concreta. I 5S: pericoloso immobilismo

SEGUE DALLA PRIMA

Oltre al passaggio al nuovo software, più snello e meno arcaico rispetto ai vecchi fax, Rocca indica tra gli obiettivi più importanti messi a segno da quando si è insediato «la nuova rete ospedaliera che entro 18 mesi porterà al tre per mille reale i posti letto su tutto il territorio regionale». Per quanto riguarda invece i tempi di attesa, «entro il 2024 si dovrebbero vedere i primi benefici»: a inaugurare il nuovo modello di governance, tra gli altri, la scelta di non rinnovare il contratto a 27 aziende sanitarie private che si sono rifiutate di aggiornare le agende per metterle a disposizione del Recup. «Quando siamo arrivati - ricorda il governatore - abbiamo scoperto che mancavano oltre 4

milioni di prestazioni di diagnostica e specialistica ambulatoriale che la Regione pagava al privato lasciandogli campo libero». In parallelo, malgrado vi siano ancora «decine di migliaia di persone con un deficit di risposta», si stanno studiando le liste di ogni ospedale «per capire come distribuire le risorse e colmare il gap entro l'anno». Per il Giubileo sono inoltre stati stanziati 155 milioni per il restyling del pronto soccorso, in particolare quello del Santo Spirito, con nuove tecnologie e personale che parli le lingue.

Entro l'estate approderà in consiglio anche il nuovo Piano regionale dei rifiuti, che prevede punti di raccolta in tutte le province. Oltre a Viterbo, che finora è stata «la pattumiera del Lazio», anche Frosinone e Latina dovranno dotarsi di siti di conferimento. Riguardo poi al termovalorizzatore di Roma, Rocca assicura di non avere alcuna preclusio-

ne ideologica, ma continua a ripetere che il dimensionamento (600mila tonnellate l'anno) è contrario alle logiche dell'economia circolare «sulla quale dobbiamo continuare a investire». Il presidente del Lazio non lesina critiche alla precedente amministrazione pentastellata, in particolare al M5S «che ha paralizzato la Regione per cinque anni». Tra gli esempi citati, la discarica di Colferro «che poteva continuare a funzionare con il termovalorizzatore... Come mai si è decisa la chiusura? È stata una scelta politica, non tecnica...». Dalla sanità ai diritti, dopo lo strappo dell'anno scorso sul patrocinio, concesso e subito poco dopo al Gay Pride, Rocca mantiene il punto: «Continuo a ripetere che per me ognuno è libero di amare chi vuole, ma non sosterrò mai chi fa della maternità surrogata una bandiera dal momento che la considero una pratica barbara».

Dalle opposizioni, però, si levano critiche pungenti alla gestione Rocca: «Racconta "dodici mesi di azioni concrete" che nessuno ha visto - l'attacco del Pd - anche perché in alcuni casi sventate da noi, come la svendita del Teatro Eliseo a un privato e il defianziamento del fondo taglia tasse che siamo riusciti in parte a scongiurare». Il M5S si allinea con l'accusa di «un pericoloso immobilismo e una carenza nell'affrontare le questioni cruciali, dalle infrastrutture alla sanità».

Maria Egizia Fiaschetti

Il governatore Francesco Rocca



Le cure ai malati I rimborsi previsti per l'emocromo da 4,10 a 1,95 euro, da 6,40 a 2,65 gli ormoni della tiroide

«Sanità, nuove tariffe rinviate»

Il presidente del Lazio: «L'adeguamento del nomenclatore sospeso fino a dicembre»

di **Clarida Salvatori**

«Il nuovo nomenclatore tariffario non entrerà in vigore. La sospensione arriverà fino al 31 dicembre»: parola del presidente della Regione, Francesco Rocca, che ieri ha preso all'incontro che si è tenuto, al teatro Brancaccio, tra le associazioni di categoria di ambulatori e poliambulatori (riuniti sotto la sigla Uap). Dunque il provvedimento del ministero della Salute che stabilisce le tariffe e i rimborsi delle prestazioni sanitarie, fornite

sia dalle strutture pubbliche sia da quelle private accreditate, non conterrà gli annunciati tagli del 70-80%. Almeno non per l'anno 2024. continua alle pagine **2 e 3**

Laboratori di analisi, rinvio al prossimo anno il taglio dei rimborsi

L'annuncio del presidente del Lazio alla manifestazione delle associazioni che rappresentano le strutture private

SEGUE DALLA PRIMA

Ed è stato proprio il governatore del Lazio che nel suo intervento ha assicurato: «Ho avuto un dialogo con il ministro della Salute Orazio Schillaci: è disponibile a rinviare il provvedimento relativo al nuovo nomenclatore tariffario». «Non conosco la tempistica - ha aggiunto il presidente della Regione - ma l'importante è che ci sia il rinvio e che quel periodo sia usato bene per poter arrivare a una soluzione che consenta di proteggere il lavoro degli operatori e di dare risposte alla comunità».

Il nomenclatore sarebbe dovuto entrare in vigore il primo di gennaio scorso, dopo un mancato aggiornamento che si protraveva dal 1996. Ma la scure che si sarebbe abbat-

tuta sulla sanità non avrebbe consentito ai laboratori accreditati di proseguire le attività; mentre per le aziende locali e ospedaliere la minaccia sarebbe stata quella di un incremento del disavanzo e della situazione debitoria delle casse regionali. Con ripercussioni inevitabili su un già disastroso scenario delle liste d'attesa.

Troppo poco 1,95 euro, anziché i vecchi 4,10, per un emocromo. Così come 1,40 invece di 2,30 per il tempo di protrombina. O ancora, dai 6,36 euro ai 2,60 e dai 6,40 ai 2,65 per gli ormoni della tiroide, Free T4 e T3. Per gli anticorpi antitireoglobulina, poi, il taglio è stato addirittura dai 12,57 ai 3,50 euro. Ragione per cui ieri tanti ambulatori e

laboratori di analisi, da nord a sud del Paese (non solo a Roma e nella regione quindi), hanno incrociato le braccia e chiuso le loro sedi al grido di: «Chiudere un giorno per non chiudere per sempre».

La protesta contro i tagli

considerati eccessivi del nuovo nomenclatore era iniziata già dallo scorso dicembre. Ritenendo le tariffe irricevibili, le Regioni avevano chiesto un rinvio della sua entrata in vigore di tre mesi: tempo che sarebbe scaduto dunque tra



dieci giorni, il 31 marzo. Nel frattempo, gli enti locali più virtuosi, come Toscana, Emilia Romagna e Lombardia, hanno recepito il documento e hanno deciso di sborsare di tasca propria la differenza. Manovra che al Lazio non è consentita dal momento che è sottoposta a un regime di piano di rientro.

«So bene che questi centri consentono ai cittadini di rivolgersi a loro e di trovare una risposta - ha concluso il presidente Rocca -. Io non sono stato tenero con le strutture

private accreditate, da loro ho preteso. E allora questo è il momento di stare al loro fianco per far sì che le loro legittime istanze vengano ascoltate». E chiude con un esempio pratico: «Quando vedo che nel Lazio un pacchetto analisi viene rimborsato 160 euro e in Lombardia 290, è chiaro che c'è qualcosa che non funziona. Il Italia non possono esserci regioni di serie A e regioni di serie B, per una questione legata ai bilanci e ai piani di rientro. Il mio compito è

guardare al bene dei cittadini».

Clarida Salvatori

1,95

euro il rimborso previsto per un emocromo anziché 4,10

3,50

euro per gli anticorpi antitireoglobulina invece di 12,57

La scadenza

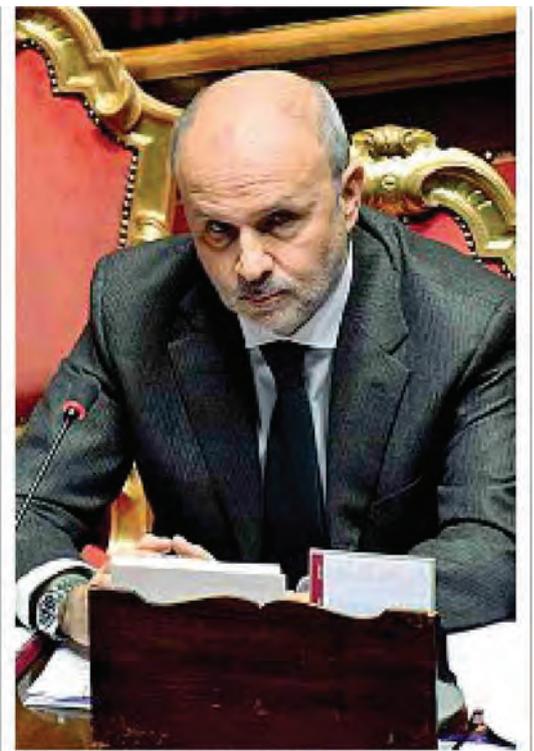
Il nuovo Nomenclatore tariffario doveva entrare in vigore il primo aprile

Il ministro

Il titolare della Salute, Orazio Schillaci, si è detto disponibile a spostare la data

Non basta spostare la scadenza a fine anno. Il problema va affrontato perché sappiamo che le tariffe dureranno per molto tempo

Francesca Barbati (Usi)



Il ministro della Salute, Orazio Schillaci



ILABORATORI D'ANALISI**«Il governo si renda conto che occorrono fondi»**

«Un ottimo risultato». «Una svolta». «Una soluzione equa e sostenibile». Sono le reazioni a caldo dei titolari dei laboratori d'analisi alla notizia che probabilmente slitta al 31 dicembre prossimo l'adozione del nuovo nomenclatore, con l'adeguamento (al ribasso) delle tariffe per una serie di esami medici. «Il governo si renda conto che è necessario finanziare la nostra attività».

a pagina 3

«Il governo si renda conto che il settore va finanziato»**Giorlandino (Artemisia): erano a rischio 3.600 posti di lavoro****Le reazioni**

«Un ottimo risultato». «Una svolta». «Una soluzione equa e sostenibile». È grande la soddisfazione che si respirava ieri tra i responsabili dei centri privati accreditati con il servizio sanitario regionale, dopo le dichiarazioni del presidente del Lazio Francesco Rocca riguardo il rinvio a fine anno dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario.

«Ero preoccupata dalla mancanza di progettualità che avrebbe costretto i laziali a mettere mano al portafoglio e a pagare nuove tasse - ha detto Maria Stella Giorlandino, responsabile della Rete Artemisia lab -. Ci aspettavamo e speravamo in una dichiarazione che andasse nella direzione della tutela della salute e del servizio erogato. E Rocca ha

dato la sua grande disponibilità. Ora ci aspettiamo che il governo si renda conto che la sanità è una priorità e che va supportata con fondi. Anche quelli del Pnrr.». Anche perché un rischio più che concreto, con i tagli annunciati, era quello dei licenziamenti: «Nel Lazio erano a rischio 3.600 posti di lavoro, in una regione che si sta avvicinando al Giubileo e che ha quindi necessità di una medicina di territorio - aggiunge -. Dopo il Covid sono aumentate tutte le patologie. Ora bisogna pensare a una sanità anche per gli anziani e per i fragili».

«Rocca si è assunto una grande responsabilità di cui non possiamo che essere contenti - concorda Fernando Patrizi, proprietario della Bios -. Le strutture private accreditate sono a tutti gli effetti un servizio pubblico di sanità. Tanto più che eroghiamo prestazioni a fronte di una richiesta di un medico. Non tanto per erogar-

le. Ma lo facciamo nel rispetto di un criterio di vicinanza e di un rapporto di fiducia con il paziente». Non si rassegna infatti Patrizi all'idea di dover «mandar via il cittadino perché è stato superato il budget e trovo sleale dovergli dire che perché il tetto è stato sfiorato ora è costretto a pagare». Tanto più che le rivisitazioni al ribasso delle tariffe non erano giustificate. «In questi ultimi anni, tra Covid e inflazione, non c'è stata una riduzione dei costi che giustificasse i tagli».

«Il rimborso era adeguato 28 anni fa con la lira, non certo oggi con l'euro - aggiunge Francesca Barbati, direttore generale dell'Usi (Unione sanitaria internazionale) -. Le tariffe del nuovo Nomenclatore sarebbero sottocosto e sarebbe iniquo non tener conto dello scenario internazionale. L'annuncio di Rocca? Non ce lo aspettavamo. Ora speriamo che si traduca in fatti affinché tutti gli operatori possano da ora lavorare in serenità». L'augurio è il rinvio non sia fine a se stesso: «Non basta spostare la scadenza a fine anno - conclude Barbati -. Il problema va affrontato perché sappiamo bene che le tariffe dureranno poi per molto tempo».

Patrizi (Bios)
Non possiamo mandare via il cittadino perché è stato superato il budget

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INTERVISTA AL DIRETTORE GENERALE MARCO ELEFANTI

Cure avanzate e umanità “segreti” del Gemelli

ALESSIA GUERRIERI

Pazienti sempre al centro, attenzione alle nuove tecnologie e alla sostenibilità, impegno nei confronti dei giovani. Il direttore generale della Fondazione Policlinico Agostino Gemelli, Marco Elefanti, non nasconde la difficoltà di rendere possibile tutto ciò in un contesto che cambia. La volontà, però, resta quella di continuare nel solco dell'attenzione all'umano che fu di padre Agostino Gemelli.

Per il quarto anno il Gemelli è il primo ospedale d'Italia e 37esimo nel mondo. Come lo vivete?

La vera grande responsabilità è quotidiana, ed è nei confronti della miriade di pazienti che sono nelle nostre corsie. Per noi la coordinata è una sola e, se vogliamo, molto più pressante di questo riconoscimento che comunque è importantissimo, non lo nego. La nostra è una storia di assistenza e di orientamento al paziente, e questo ci porta a lavorare per trovare soluzioni che garantiscano cure di qualità e di integrazione di competenze. Questi sono gli aspetti di vero valore su cui stiamo lavorando da anni e che vengono confermate dai ranking internazionali.

Dove è diretto l'ospedale?

Viviamo in un contesto, che è quello del Servizio sanitario nazionale, in cui la dotazione è oggettivamente inadeguata per un Paese del mondo occidentale. Facciamo il nostro dovere come ospedale accreditato, con le tariffe che ci vengono riconosciute dal sistema, anche se non è facile raggiungere l'equilibrio economico e parallelamente sostenere importanti investimenti economici che una struttura di livello deve avere. Però la dimensione fondamentale è la continuità dell'azione per

migliorare il livello di erogazione delle prestazioni e il livello di competenze. In aggiunta, non da ultimo, a tanta tecnologia perché aiuta a elaborare le informazioni anche sugli aspetti genetici, del profilo metabolico e per le terapie oncologiche ormai tutte legate al singolo paziente.

Dove si investirà di più?

Il più grande investimento lo facciamo grazie al sostegno che ci dà un soggetto terzo, la Fondazione Roma, per realizzare un centro cardio-vascolare, un polo autonomo all'interno del campus. Questo sarà un fiore all'occhiello, stanno partendo i lavori e speriamo in due anni e mezzo di poterlo mettere in piedi. Altro ambito è la lotta ai tumori, visto che siamo il più grande ospedale oncologico a livello nazionale in termini di numeri: lo scorso anno abbiamo salvato 58mila pazienti oncologici. Questo è un ambito in cui continuiamo a investire soprattutto nella ricerca, con soluzioni diagnostiche molto orientate su aspetti metabolici e mappature genetiche, biopsie liquide su cui stiamo collaborando con un'azienda americana che studia queste soluzioni avanzate.

Come si riesce a creare valore a 360 gradi?

Se si parla di risorse si fa gli equilibristi con l'utilizzo dei mezzi propri, aiutati dalle campagne di raccolta fondi in Italia e all'estero. Ad esempio, faremo un'iniziativa con

la Jefferson University di Philadelphia e la famiglia Faber che la sostiene, per far nascere un centro a Roma per le neuroscienze in partnership con noi. Da un lato, insomma, cerchiamo di mobilitare il più possibile le risorse e dall'altro di organiz-

zare le risorse interne al meglio; anche la capacità di ricerca è costantemente sotto pressione per raggiungere gli obiettivi e introdurre nuovi progetti.

E sul fronte della sostenibilità?

Abbiamo un sistema co-generativo da alcuni anni, recentemente innovato per renderlo ancora più intelligente. Stiamo sostituendo tutte le luci all'interno dell'ospedale, che sono circa 300mila. Certo, su questo fronte scontiamo il fatto che l'ospedale ha più di 60 anni. Inoltre, stiamo lavorando sullo smaltimento rifiuti, anche nell'ambito di quelli pericolosi, e stiamo pensando pure a un sistema di riuso delle materie.

Come si riesce a dare attenzione ai giovani?

C'è in ospedale una classe di giovani anagraficamente già maturi dal punto di vista della formazione e della ricerca che hanno un dialogo continuo con i contesti internazionali. C'è una fascia avanzata di ricercatori. Il problema, da direttore, è dare il giusto spazio a questi giovani in presenza di un'organizzazione che ha punte di eccellenza che rimangono in ospedale fino a una certa età. Non è sempre facilissimo.

Anche in un contesto che cambia, la mission resta sempre quella di padre Gemelli?

L'umanità e tutto ciò che riguarda la relazione con i pazienti è una grande priorità: prima di vivere dall'interno la dimensione nell'ospedale non avevo a pieno la percezione di ciò. La stragrande maggioranza dei pazienti invece la sperimenta ogni giorno. L'attenzione al paziente e alle sue esigenze, oltre che la clinica, credo abbia pochi eguali in Italia. E questo non è comune.

Per il quarto anno il Policlinico romano primo in Italia nel ranking internazionale «I progetti? Un polo cardio-vascolare, la ricerca oncologica e un nuovo centro per le neuroscienze»

