

24 febbraio 2025

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

Avvenire

22/02/2025

Suicidio assistito, il presidente **Aris** rilancia la nota della Cei

SUL FINE VITA LA SANITÀ CATTOLICA SCEGLIE LA CURA E LA COSCIENZA



VIRGINIO BEBBIER

L'**Aris** - Associazione religiosa istituti socio-sanitari - è pronta ad accogliere nei suoi hospice quanti, avvicinandosi la fine della loro vita, intendono concludere serenamente il proprio percorso terreno, offrendo fraterna assistenza e cure palliative per lenire le loro sofferenze.

Le strutture della rete **Aris** vuole dare seguito al messaggio con il quale i vescovi italiani hanno espresso nei giorni scorsi la posizione della Chiesa in risposta alla recente legge sul fine vita approvata dalla Regione Toscana, in particolare là dove auspicano «interventi che tutelino nel miglior modo possibile la vita, favoriscano l'accompagnamento e la cura nella malattia, sostengano le famiglie nelle situazioni di sofferenza», e affermano con forza che le cure palliative «devono essere garantite a tutti, in modo efficace e uniforme in ogni Regione, perché rappresentano un modo concreto per alleviare la sofferenza e per assicurare dignità fino alla fine, oltre che un'espressione alta di amore per il prossimo», sottolineando infine che «la dignità non finisce con la malattia o quando viene meno l'efficienza. Non si tratta di accanimento, ma di non smarrire l'umanità».

Quella di **Aris** è, in sostanza, una risposta «operativa», non solo teo-

rica, in perfetta linea con l'esortazione della Conferenza episcopale italiana che nel suo messaggio mette in guardia affinché, in materia di fine vita, la scelta non sia ideologica e, tantomeno, politica ma solo ed esclusivamente umana, e non diventi un tema politicamente orientato o sottoposto a polarizzazioni e giochi al ribasso.

Quanto alle cure palliative, siamo pronti a metterci in gioco con tutti i mezzi di cui dispongono le strutture associate ad **Aris**, in particolare le 46 Rsa, la maggior parte delle quali dispongono di reparti hospice e, laddove non esistono, offrono lo stesso tipo di assistenza con cure palliative a domicilio. Facendo nostre le indicazioni dei vescovi, esprimiamo dunque un forte e deciso «no» sia all'accanimento terapeutico che alla morte procurata e, di conseguenza, un «no» fermo e irrinunciabile all'eutanasia. Ma diciamo anche un altrettanto forte e deciso «sì» all'idratazione e all'alimentazione artificiali fino a quando la pratica non dovesse procurare sofferenze aggiuntive o risultare ormai completamente inutile. E soprattutto il nostro è un «sì» alla libertà delle istituzioni sanitarie gestite da enti e congregazioni religiose, seppure convenzionate con il pubblico, di seguire le proprie motivazioni etiche e i propri principi nel rispetto delle finalità delle strutture.

In merito alla recente legge ap-

provata dalla Regione Toscana, in tema di fine vita si va profilando un percorso che tra le prestazioni sanitarie iscrive tra l'altro la possibilità di favorire la morte del paziente malato. Una soluzione finale che rappresenta una sconfitta per tutti. Su queste tematiche si sta configurando un vasto campo di dissenso etico-antropologico che non può essere sanato da una norma del diritto positivo, per quanta considerazione e rispetto meritino il Parlamento e la funzione legislativa che, in virtù del suo titolo di rappresentanza popolare, gli compete. Tuttavia facciamo nostra la dichiarazione resa immediatamente dopo l'approvazione della legge toscana dal cardinale Paolo Augusto Lojudec, presidente della Conferenza episcopale toscana, soprattutto laddove afferma che «sancire con una legge regionale il diritto alla morte (non certo tra i diritti sanciti dalla Costituzione) non è un traguardo, ma una sconfitta per tutti». Del resto, se si ammette che da una parte ci sia un «diritto di morire» allora questo vuol dire che dall'altra c'è il diritto di qualcuno a uccidere. E questa è una situazione umanamente non accettabile.

La nostra è una posizione di un profondo dissenso che non possiamo e non vogliamo tacere, un dissenso che rappresenta per noi non solo un'opzione morale ovvia e irrinunciabile ma anche un

indirizzo che intendiamo assumere e mantenere come elemento che identifica e caratterizza il servizio che le nostre strutture sanitarie di ispirazione religiosa assicurano alla collettività, concorrendo in misura significativa alla funzione pubblica di tutela e promozione della salute e della vita. C'è inoltre da considerare l'incongruenza di una legge che - come ha mostrato anche *Avvenire* - trasferisce i fondi erogati per dare sostegno alla disabilità a un percorso teso a procurare la morte della persona.

I nostri sono pensieri, analisi, parole e proposte che, in definitiva, trovano forza e sostegno anche negli insegnamenti del Papa, che in più occasioni parlando del fine vita si è augurato che «in seno alle società democratiche argomenti delicati come questi siano affrontati con pacatezza: in modo serio e riflessivo, e ben disposti a trovare soluzioni - anche normative - il più possibile condivise». Il rispetto è per tutti, ma chiediamo che sia anche per le istituzioni sanitarie religiose, che hanno diritto a mantenere fede alla missione affidata loro da Cristo stesso: «Andate, predicate e curate gli infermi», non certo «procurate loro la morte».

Presidente Aris
Associazione religiosa
istituti socio-sanitari

IL DUBBIO

L'INIZIATIVA

Fine vita, mobilitazione nazionale il 5 aprile: Cappato rilancia la battaglia per una legge

L'Associazione Coscioni annuncia una giornata di protesta per chiedere una legge nazionale sul fine vita. Dibattito acceso tra istituzioni, Chiesa e politica

21 febbraio, 2025 • 09:06

Il tema del fine vita torna al centro del dibattito pubblico con l'annuncio di una mobilitazione nazionale il 5 aprile, promossa dall'Associazione Luca Coscioni per sostenere una legge nazionale che regolamenti il diritto all'eutanasia e al suicidio assistito.

A darne notizia è stato Marco Cappato, oggi in piazza Montecitorio per illustrare le iniziative dell'Associazione e fare il punto sulla situazione nelle diverse regioni. «Una legge in Parlamento sì, ma per ampliare i diritti, non per restringerli», ha dichiarato Cappato, sottolineando l'importanza di superare le disparità territoriali.

La manifestazione coinciderà con l'avvio della campagna di raccolta firme in Umbria, guidata da Laura Santi, per una proposta di legge regionale sul fine vita.

Dibattito aperto tra politica e istituzioni religiose

La presa di posizione dell'Associazione Coscioni arriva in un contesto di forte contrapposizione tra le forze politiche e il mondo religioso. Padre Virginio Bebber, presidente dell'**Aris** (Associazione religiosa istituti socio-sanitari), ha ribadito l'opposizione della Chiesa a qualsiasi forma di eutanasia, sostenendo invece il rafforzamento delle cure palliative. «Siamo pronti ad accogliere nei nostri hospice chi si avvicina alla fine della vita, offrendo assistenza e cure per lenire la sofferenza», ha dichiarato.

Bebber ha poi espresso preoccupazione per la legge sul fine vita approvata dalla Regione Toscana, definendola «una sconfitta per tutti». Ha inoltre difeso la libertà delle strutture sanitarie religiose di operare secondo principi etici propri, senza imposizioni da parte dello Stato.

Ronzulli (FI): «Il Parlamento ha il dovere di legiferare»

Sul piano politico, la vice presidente del Senato Licia Ronzulli (Forza Italia) ha sollecitato un intervento legislativo: «Il Parlamento ha il dovere e la responsabilità di approvare una legge equilibrata e rispettosa della volontà di ciascuno».

Ronzulli ha messo in guardia contro il rischio di un "Far West" normativo, con regioni che adottano soluzioni diverse e tribunali chiamati a pronunciarsi caso per caso: «Non possiamo lasciare questa materia nell'incertezza giuridica», ha sottolineato.

Sanità accreditata. **Aris**: “È parte del Ssn, ma il suo ruolo deve essere riconosciuto anche da un punto di vista economico”

Il giuslavorista Giovanni Costantino ha osservato come, grazie all'accordo ponte sottoscritto l'anno scorso con i sindacati confederali, la parte economica del ccnl sia aggiornata al primo semestre 2024 e la retribuzione garantita ai lavoratori delle strutture sanitarie accreditate resti tuttora mediamente in linea con quella dei colleghi cui si applicano i contratti collettivi rinnovati più di recente.



21 FEB - “Il ccnl per il personale dei Centri di Riabilitazione e delle RSA deve essere senza dubbio rinnovato, ma occorre sfatare qualche mito”. Questo il commento del capodelegazione **Aris**, **Giovanni Costantino** a margine dell'Assemblea della stessa Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari, riservata ai rappresentanti delle strutture sociosanitarie afferenti all'associazione.

Nell'occasione, il giuslavorista ha osservato come, grazie all'accordo ponte sottoscritto l'anno scorso con i sindacati confederali, la parte economica del ccnl sia aggiornata al primo semestre 2024 e la retribuzione garantita ai lavoratori delle strutture sanitarie accreditate resti tuttora mediamente in linea con quella dei colleghi cui si applicano i contratti collettivi rinnovati più di recente. “Ciò non

significa che possiamo dormire sugli allori – prosegue Costantino – in quanto, senza gli opportuni accorgimenti, nei prossimi anni la dinamica retributiva degli altri contratti supererà, per i lavoratori assunti dopo il 2012, quella del ccnl **Aris** e peggiorerà ulteriormente la nostra attrattività sul mercato del lavoro, già deteriorata dai numerosi vantaggi riconosciuti solo alle strutture pubbliche, come nel caso delle recenti flat tax introdotte dal Legislatore. E' chiaro però – sottolinea – che nessun rinnovo potrà avvenire senza un intervento del Ssn per la copertura dei maggiori oneri, visto che le nostre strutture operano in un regime di sostanziale monocommitenza ed è impensabile continuare a garantire incrementi economici, come avvenuto in passato, senza adeguamenti delle entrate. È arrivato il momento - conclude - di dare concretezza ai principi ispiratori del d.lgs. 502/1992. Se, come viene da più parti riconosciuto, svolgiamo a tutti gli effetti un servizio pubblico, è necessario ricevere anche un trattamento paritario a quello riservato alle strutture pubbliche del Ssn”.

21 febbraio 2025

© Riproduzione riservata



Costantino (Aris): “Sanità accreditata è parte del Ssn, ma il suo ruolo va riconosciuto anche dal punto di vista economico”

Francesco Martucci - 21 Febbraio 2025

“Il Ccnl per il personale dei centri di riabilitazione e delle Rsa deve essere senza dubbio rinnovato, ma occorre sfatare qualche mito”. Questo il commento di Giovanni Costantino, capodelegazione dell’Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari (Aris), a margine dell’Assemblea della stessa Associazione, riservata ai rappresentanti delle strutture sociosanitarie afferenti.

Nell’occasione il giuslavorista ha osservato come, grazie all’accordo ponte sottoscritto l’anno scorso con i sindacati confederali, la parte economica del Ccnl sia aggiornata al 1° semestre 2024 e la retribuzione sia garantita ai lavoratori delle strutture sanitarie accreditate tuttora mediamente in linea con quella dei colleghi cui si applicano i contratti collettivi rinnovati più di recente.

“Ciò non significa che possiamo dormire sugli allori – prosegue Costantino – in quanto, senza gli opportuni accorgimenti, nei prossimi anni la dinamica retributiva degli altri contratti supererà, per i lavoratori assunti dopo il 2012, quella del Ccnl Aris e peggiorerà ulteriormente la nostra attrattività sul mercato del lavoro, già deteriorata dai numerosi vantaggi riconosciuti solo alle strutture pubbliche, come nel caso delle recenti flat tax introdotte dal legislatore”.

Sempre il rappresentante Aris: “È chiaro, però, che nessun rinnovo potrà avvenire senza un intervento del Ssn per la copertura dei maggiori oneri, visto che le nostre strutture operano in un regime di sostanziale monocommittenza, ed è impensabile continuare a garantire incrementi economici, come avvenuto in passato, senza adeguamenti delle entrate”.

Conclude Costantino: “È arrivato il momento di dare concretezza ai principi ispiratori del D.lgs. 502/1992. Se, come viene da più parti riconosciuto, svolgiamo a tutti gli effetti un servizio pubblico, è necessario ricevere anche un trattamento paritario a quello riservato alle strutture pubbliche del Ssn”.



Sanità Accreditata: Aris chiede riconoscimento economico per il Ruolo nel SSN.

22 febbraio 2025

Giovanni Costantino, capodelegazione di **Aris** (Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari), ha ribadito la necessità di un **riconoscimento economico per la sanità accreditata**, sottolineando che il **CCNL per il personale dei Centri di Riabilitazione e delle RSA deve essere rinnovato**, ma senza cadere in falsi miti.

Durante l'Assemblea Aris, riservata ai rappresentanti delle strutture sociosanitarie dell'associazione, **Costantino ha evidenziato come l'accordo ponte del 2023 abbia garantito un aggiornamento salariale fino al primo semestre 2024**, mantenendo le retribuzioni delle strutture sanitarie accreditate **in linea con quelle dei contratti collettivi più recenti**.

Tuttavia, ha avvertito:

«Non possiamo dormire sugli allori: nei prossimi anni, la dinamica retributiva degli altri contratti rischia di superare quella del CCNL Aris, soprattutto per i lavoratori assunti dopo il 2012. Questo peggiorerebbe ulteriormente l'attrattività delle nostre strutture in un mercato già penalizzato dai vantaggi concessi solo alla sanità pubblica, come la recente flat tax introdotta dal Legislatore».

Un rinnovo contrattuale impossibile senza interventi del SSN.

Secondo Costantino, qualsiasi rinnovo del contratto collettivo **deve essere accompagnato da un intervento del Servizio Sanitario Nazionale** per coprire i costi aggiuntivi. Le strutture accreditate, infatti, **operano in regime di monocommittenza**, ovvero dipendono quasi esclusivamente dai fondi pubblici. **Garantire aumenti retributivi senza adeguare le entrate non è sostenibile.**

Il capodelegazione Aris ha quindi lanciato un appello chiaro:

«Se, come riconosciuto da più parti, la sanità accreditata svolge un servizio pubblico essenziale, è arrivato il momento di ricevere un trattamento economico equo rispetto alle strutture pubbliche del SSN».

Un settore in bilico: quale futuro per le Strutture Accreditate?

La questione sollevata da Aris mette in luce una **criticità strutturale** del sistema sanitario italiano: il **ruolo delle strutture accreditate nel SSN** e la necessità di **garantire risorse adeguate per la loro sostenibilità**. Senza un intervento economico concreto, il rischio è quello di un crescente divario tra sanità pubblica e accreditata, con conseguenze su qualità e accesso alle cure.

BZ Rebel Pay per you

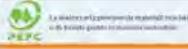
la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo

Ecco una notizia. Con noi risparmi sull'RC Auto. BZ Rebel Pay per you



Lunedì 24 febbraio 2025

Oggi con Affari&Finanza

€1,70

GERMANIA

Vince la Cdu, vola l'ultradestra

Successo dei centristi alle elezioni tedesche, Merz sarà il futuro cancelliere. Frana socialdemocratica ma possibile il governo a due. L'onda nera di Afd raddoppia i voti al 20 per cento: "Risultato storico". L'affluenza record evita il peggio e l'effetto Musk

Kiev, l'annuncio di Zelensky: mi dimetto subito se l'Ucraina entra nella Nato

dalla nostra corrispondente Tonia Mastrobuoni

BERLINO - In Germania hanno perso tutti tranne le ali estreme. In quattro anni l'Afd raddoppia i consensi, lo spazio occupato dai partiti tradizionali Cdu, Spd, Verdi e Fdp si rimpicciolisce.

alle pagine 2 e 3 servizi di Brera, De Cicco Lucchini, Tito e Vecchio da pagina 2 a 7 e a pagina 15



Friedrich Merz (Cdu)

Mappe

Il dilemma della difesa comune

di Ilvo Diamanti

È un momento critico, quello che stiamo attraversando. Per l'Europa, per il mondo. E per noi. Per l'Italia. Che non è lontana dai luoghi della crisi. In particolare dall'Ucraina, dove l'invasione e la pressione russa si sono amplificate, dopo la ri-elezione di Trump. Come si è evidenziato di recente, quando il presidente Usa ha attribuito all'Ucraina le responsabilità della guerra.

a pagina 17

La nuova America e i tempi bui dell'Occidente

di Paolo Gentiloni

Ancora increduli, titubanti, smarriti, gli europei assistono allo tsunami che da un mese ha investito l'ordine mondiale. Sono orfani dell'Occidente. L'America resta una grande democrazia, beninteso. E l'onda, prima o poi, si ritirerà: ci sono i contropoteri, il Congresso, i media, le elezioni di midterm tra venti mesi. Per questo è giusto restare aggrappati alle nostre care vecchie relazioni transatlantiche. Ma intanto conviene fare i conti con un mondo nuovo. Tremano i pilastri dell'ordine mondiale vigente da ottant'anni a questa parte, quelli delle relazioni tra Stati sancite dalla carta dell'Onu, quelli economico-finanziari incardinati nelle istituzioni di Bretton Woods, le bandiere occidentali della libertà e dello stato di diritto, le sedi multilaterali per regolare il commercio mondiale, la riduzione della povertà, la transizione climatica. Cose d'altri tempi, consegnate al diliegio o alla nostalgia.

continua a pagina 23

Vaticano

Papa, le condizioni restano critiche insufficienza renale

di Iacopo Scaramuzzi

Le condizioni restano «critiche», spunta anche una insufficienza renale, sebbene «lieve» e «sotto controllo». L'anemia però è stata ribilanciata dalle trasfusioni e, grazie anche all'ausilio persistente dell'ossigenazione artificiale, non vi è stata più una crisi respiratoria come quella di sabato mattina. Papa Francesco rimane in «prognosi riservata» o, come hanno detto i medici che lo hanno in cura, «non è fuori pericolo». È ancora sul crinale, il quadro clinico ancora complesso.

alle pagine 8 e 9 servizi di Caferrì e De Luca a pagina 10



SEVENTY VENEZIA

SEVENTYVENEZIA.IT/IT7

La tragedia

Investe e uccide una conoscente poi si toglie la vita

di Marco Lignana

Lei stava guidando lo scooter, lui la macchina. Nelle curve della strada provinciale, entroterra genovese, all'improvviso l'auto ha invaso la corsia opposta. Forse un malore, forse un colpo di sonno o una distrazione. L'impatto con il Kymco guidato dalla donna è stato devastante.

a pagina 21

Il caso



Maledizione viola Kean crolla davanti a Bove

di Matteo Dovellini nello sport

La storia

Tutto è autentico nel magico atelier di Giosetta Fioroni

di Raffaella De Santis

Lo studio romano di Giosetta Fioroni in via San Francesco di Sales 22, tranquilla strada trasteverina, è un posto eccezionale nella sua sgangherata bellezza. Ora è stato trasformato in una Fondazione dedicata all'artista, oggi 93enne, e allo scrittore Goffredo Parise, suo compagno di vita scomparso nel 1986.

alle pagine 24 e 25

CORRIERE DELLA SERA

RCS

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

DEL LUNEDÌ

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

Bergader logo and image of a person in a dark jacket with arms raised.

«No al metodo Twitter»
La mail, i controlli:
l'Fbi contro Musk
di Massimo Gaggi
a pagina 25

GIANNELLI
«RINNOVERE GIALLI»
di CHIARA MAFFIOLETTI
a pagina 37

Gianni Pettenati, 79 anni
Addio al cantante
di «Bandiera gialla»
di Chiara Maffioletti
a pagina 37

Bergader logo and image of a person in a dark jacket with arms raised.

Le elezioni Il rebus delle alleanze. Due gli scenari: grande coalizione o governo a tre con i Verdi. Balzo dell'affluenza: 84%

Vince Merz, raddoppia l'ultradestra

Germania, il numero uno Cdu sarà cancelliere, crollo Spd. Alice Weidel (AfD): pronti a governare

UN LEADER ALLA PROVA

di Paolo Valentino

Friedrich Merz sarà il sesto cancelliere federale cristiano-democratico del Dopoguerra. È come già successe con i suoi predecessori, è anche sull'Europa, sul ruolo che egli vorrà e saprà dare alla Germania nella costruzione comune, che si misurerà la sua capacità di elevarsi alla dimensione dell'incarico. È stata una costante della recente storia tedesca, che un cancelliere, di qualunque appartenenza, si trovasse davanti a una sfida europea e la superasse: Adenauer, Brandt, Schmidt, Kohl, Schröder, Merkel.

continua a pagina 32

LA SPINTA ALL'EUROPA

di Maurizio Ferrera

Il voto tedesco dovrebbe porre fine a un lungo periodo di debolezza e tentennamenti della Germania in Europa. Sulla questione oggi più scottante dell'agenda — ossia la difesa comune — l'attivismo e le proposte di Macron non possono certo bastare. Il buon risultato elettorale di Friedrich Merz apre spazio alla ripartenza del motore franco-tedesco. Indispensabile, come fu durante il Covid, per promuovere nuove forme di condivisione dei rischi e assicurare in modo autonomo la sicurezza collettiva.

continua a pagina 32



Alice Weidel (AfD)



L'INTERVISTA / WEBER (PPE)

«Un esito che premia lo spirito della Ue»

di Francesca Basso

LA SQUADRA. I VOLTI
Quel cerchio magico dell'«Alternative»

di Irene Soave



da pagina 2 a pagina 9

LA GUERRA
Zelensky: posso lasciare se l'Ucraina entra nella Nato

di Lorenzo Cremonesi



Tre anni dall'invasione russa dell'Ucraina, Zelensky ha detto che sarebbe pronto a lasciare «immediatamente» la presidenza di fronte alla garanzia dell'ingresso di Kiev nella Nato: «Furò tutto il possibile per la pace».

sulle pagine 18 e 19

Calcio Il horror della Fiorentina sviene. Perde il Napoli, Inter prima



L'attaccante della Fiorentina Moise Kean, 25 anni tra pochi giorni, crolla a terra e viene soccorso (Paola Corbuia/L'Espresso)

Lo scontro, il sangue: spavento per Kean

di Bocci, Condò, Nerozzi, Passerini
Scozzafava e Tomaselli

Ancora spavento in campo per la Fiorentina. A Verona, durante la ripresa, dopo uno scontro l'attaccante Kean viene medicato per un taglio sopra l'occhio, poi rientra ma crolla a terra e viene portato in ospedale per accertamenti. In classifica il ko del Napoli a Como lancia l'Inter in testa.

sulle pagine 38, 39 e 41

Gemelli La domenica dei fedeli, attesa e preghiera

Il Papa resta grave: ora ha una lieve insufficienza renale

di Gian Guido Vecchi

DATARO
Ma gli esami in farmacia sono attendibili?

di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

Sono davvero attendibili gli esami fatti in farmacia? La promessa è di eseguire analisi non invasive (con risparmio di tempo) con la stessa qualità dei laboratori. Ma gli studi scientifici sui margini di errore ci mettono in guardia. E poi, nessun controllo e nessun vero referto.

a pagina 27



I le condizioni del Papa «restano critiche». Francesco non ha avuto altre crisi respiratorie, ma nuovi esami del sangue hanno rilevato una «iniziale e lieve» insufficienza renale, al momento sotto controllo. Il Gemelli: «Il quadro clinico complesso impone che la prognosi resti riservata».

da pagina 10 a pagina 13
Caccia, De Bac

SANMARCO INFORMATICA
Scopri tutti gli eventi del 2025!
QR code
SANMARCOINFORMATICA.COM

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia
Prodigi?
Qualche giorno fa mi ha scritto un padre: «Il nostro primogenito, 9 anni, non fa altro che leggere e scrivere. Legge mentre fa colazione, mentre fa pipì e mentre si veste. In auto, in piedi appoggiato al muro o infilandosi le scarpe. L'altra sera mi fa: "Facciamo un gioco: inventiamoci a turno titoli di libri non ancora scritti!". È serivo. Tutto ciò che gli passa per la testa: romanzi d'avventura di una facciata; storie di mistero; racconti-gioco in cui si sceglie come andare avanti; scrive e disegna fumetti. Scrive dietro fotocopie sbagliate; sulla mezza pagina che ho strappato per fare un aeroplano al fratello. Quando proprio va male, scrive sui post-it. Da sei mesi ci tortura perché il suo più grande desiderio è pubblicare un libro. Chiede come si contatta una casa editrice o se il libro debba avere un numero minimo di capitoli. Quando apprende che qualche conoscente è bravo a disegnare, gli s'avvinghia addosso e sussurra: "Vorresti diventare il mio illustratore, per favore?". Non sono un genitore convinto che i propri figli siano prodigi, ma cerco di osservare i nostri con gli occhi del cuore». La lettera, che si chiude con la richiesta di qualche consiglio, contiene già le risposte che io cercherò solo di far emergere, a partire dal fatto che il tempo per riflettere e scriverla è già tutto: l'educazione si dà solo come «ascoltazione», ascoltato da cui nasce l'azione. Perché?

continua a pagina 30

octopusenergy
Il gas è costoso, il vento no.
Usiamo più vento.
Energia pulita a prezzi accessibili
octopusenergy.it

IL CAMPIONATO

La Juve c'è e passa a Cagliari

Vlahovic, gol da Champions

BARILLA, BUCCHIERI, ODDENINO



Il massimo risultato con il minimo sforzo. Alla Juventus basta un gol del ritrovato Vlahovic per rialzare la testa dopo la debacle di Champions e prendersi il quarto posto in classifica, sorpassando la Lazio e staccando le altre rivali. - PAGINE 32 E 33



L'INTERVISTA

Prandelli: "Io, Manuela e gli incubi dell'Heysel"

ENRICO TESTA - PAGINA 23



LA STAMPA

LUNEDÌ 24 FEBBRAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATAO NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.54 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

BERLINO VIRA A DESTRA: SI LAVORA A UNA COALIZIONE CDU-SPD. IL PRESIDENTE AMERICANO ESULTA

Germania, vince Merz ma Afd vola

I popolari vicini al 30%: "Ora un esecutivo stabile". I sovranisti oltre il 20%. Crollo di Scholz

L'ANALISI

Le sfide di Friedrich tra Bruxelles e gli Usa

STEFANO STEFANINI

Da mesi la Germania è il grande assente. L'Europa affrontava la più grave crisi del dopoguerra nei rapporti con gli Stati Uniti col governo tedesco in dissolvenza. Il voto di ieri è l'inizio della fine di un'assenza, pur giustificata dalla pendenza elettorale, che ha penalizzato la Germania e l'Europa. - PAGINA 5

USKIAUDINO



Meloni: dialoghiamo

Maggioranza divisa

Federico Capurso

IL REPORTAGE

Nel fortino di Weidel: "Vogliamo governare"

LETIZIA TORTELLO

«Abbiamo messo un'ancora. Noi siamo il partito del popolo. Siamo la seconda forza della Germania. Volevamo dimezzarci, invece siamo gli unici che hanno raddoppiato il risultato. La nostra battaglia politica è stra-or-di-na-ria!». Sono da poco passate le 18, Alice Weidel arriva attes-



sima sul podio del quartier generale dell'AfD, nel distretto di Reinickendorf, Nordovest di Berlino. Davanti a una platea per la stragrande maggioranza composta da maschi, ci sono parlamentari nazionali e locali (solo qualcuno con moglie al seguito, molto silenziosa) e anche ospiti stranieri. - PAGINA 3

IL COMMENTO

La ferocia di Trump la guerra alla verità e quell'Europa muta a rischio estinzione

MASSIMO CACCIARI

Negli ultimi anni si è tanto parlato di "post-verità", intendendo una forma di linguaggio e di comunicazione o del tutto indifferente a ogni interna coerenza, o interessata soltanto all'esito pratico, alla utilità delle proprie affermazioni. Temo siamo passati all'epoca della pura e semplice "anti-verità". Verità, naturalmente, è termine difficile da definire, tuttavia esso ha avuto sempre e fare con la volontà di raggiungere un qualche rapporto con la realtà. - PAGINA 16



LE IDEE

Così l'onda estremista riscrive l'architettura

BARBARA CARNEVALI

Alternative für Deutschland, il partito della destra ultranazionalista che si sta affermando nelle elezioni in Germania, ha dichiarato guerra all'architettura moderna. Con una mozione presentata di recente al parlamento della Sassonia-Anhalt, e che rilancia la famigerata campagna contro l'«arte degenerata», l'AfD ha condannato il Bauhaus, la scuola tedesca di arte e design fondata nel 1919 da Walter Gropius a Weimar, e chiusa nel 1933 dal nazismo. - PAGINA 26

L'INTERVENTO

Uno scontro di civiltà sulla pelle dell'Ue

ANNA FOA

Negli ultimi decenni si è parlato molto di scontro di civiltà: da una parte, c'era l'Europa, con le sue radici "ebraico-cristiane", dall'altra, come nemico mortale di questa Europa, c'era l'Islam. - PAGINA 27

2022 2025 ZELENSKY: SONO PRONTO A DIMETTERMI SE L'UCRAINA ENTRA NELLA NATO TRE ANNI DI GUERRA

Agnello Sacrificale

AGLIASTRO, BRESOLIN, PEROSINO, SEMPRINI, ZAFESOVA

L'Italia in balia degli alleati GIOVANNI ORSINA

Quei morti senza un perché DOMENICO QUERICO

LETIZIANA D'OHIA ARNOVA/AP

IL RACCONTO

Se la vera malattia è non vedere la realtà

MAURIZIO MAGGIANI

Io non vivo nel vostro mondo, e intendo con questo che non vedo quello del mondo che vede il 99,9999 per cento degli altri umani. Sono nato con un rarissimo disturbo alla vista, in verità quello che è successo è che il medico condottore che mi ha messo al mondo, dopo ben due giorni di travaglio, non riesco a immaginare quello che ci siamo detti io e mia madre in quei due giorni, mi ha estratto dal suo grembo con il forcipe, un forcione che mi ha stretto la testa tra le sue grinfie e mi ha tirato via, una tecnica piuttosto invasiva, e per quello che ne so caduta fortunatamente in disuso da decenni. Del resto che potevo fare quel brav'uomo, quelli erano i tempi del forcipe, e senza quello io e mia madre ci potevamo restare secchi. Il risultato fu una lesione del nervo ottico. - PAGINA 17



LE ORE PIÙ LUNGHE DEL PAPA

L'abbraccio dei bimbi che dà forza a Francesco

PADRENNZO FORTUNATO

Un'ondata di affetto sta raggiungendo Papa Francesco, che nel testo dell'Angelus ha voluto ringraziare le bambine e i bambini per le lettere e i disegni. «In questi giorni - ha scritto il pontefice - mi sono giunti tanti messaggi di affetto e mi hanno particolarmente colpito le lettere e i disegni dei bambini. Grazie per questa vicinanza e per le preghiere di conforto». - PAGINA 9



IL CARDINALE HOLLERICH

"Osceno che qualcuno già pensi al conclave"

DOMENICO AGASSO

«È orribile che cardinali, vescovi e preti pensino al conclave con il Papa vivo». Non le manda a dire Jean-Claude Hollerich, arcivescovo di Lussemburgo. - PAGINA 7

ROSES BY THE LAKE

1° SIMPOSIO INTERNAZIONALE DELLA ROSA NELLA NOSTRA CULTURA

rosesbythelake.com - GIUGNO 2025

ALLART
PORTE FINESTRE COPERTURE
TEL 06 491404

Il Messaggero

ALLART
PORTE FINESTRE COPERTURE
www.allartcenter.it
Roma

€ 1,40* ANNO 147 - N° 54
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 CC-BY

NAZIONALE



Lunedì 24 Febbraio 2025 • S. Eitelberto

IL MERIDIANO

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

La sciatrice è nella storia
Shiffrin fa 100,
una vittoria oltre
lutti e paure

Nicoliello nello Sport



Oggi c'è Roma-Monza
Fiorentina, altro choc
Kean crolla a terra
per un colpo in testa

Servizi nello Sport



1945-2025
Addio Pettenati,
la Bandiera Gialla
non sventola più

Marzi a pag. 22



Vince Merz, vola l'ultradestra

► Elezioni in Germania: la Cdu torna primo partito, crolla l'Spd di Scholz, sorpasso dell'Afd
Il futuro cancelliere: «Subito il governo». Ma rischia di dover formare una coalizione a tre

BERLINO Il voto in Germania incorona Merz cancelliere, con l'Unione Cristiano-Democratica Cdu-Csu in testa. Afd da record, crolla l'Spd. Bussotti, Pierantozzi, Figliautile, Rosana e Ventura da pag. 2 a pag. 6

L'editoriale
DALLE URNE
RISPUNTA
L'INCUBO
FRAGILITÀ

Alessandro Campi

L'opscodramma tedesco (e in parte europeo) continua. Quale governo formare con i dati usciti ieri dalle urne? I popolari, primo partito, sono sotto il trenta sperato dal Cancelliere in pectore Friedrich Merz. Si sono presentati come l'unica alternativa al caos e l'unica speranza di ripresa dalla crisi. Hanno convinto, ma senza entusiasmi. Clamorosa l'affermazione di Afd: un 20% nazionale che significa consensi stratosferici nella zona orientale del Paese. Le ragioni sono le paure legate all'immigrazione, la sfiducia nella politica tradizionale, la perdita per milioni di cittadini dell'antica solidità economica. Lo stillicidio recente di attentati islamisti ha contribuito a rafforzarsi.

Colpisce il crollo dei socialdemocratici. Olaf Scholz è stato un Cancelliere incolore e indeciso. Talvolta ambiguo sull'Ucraina. Per recuperare consenso ha provato a fare la voce grossa sull'immigrazione, ma senza risultare convincente.

Continua a pag. 25

«Le condizioni restano critiche». L'omelia sul perdono



Il Papa: «Devo riposare»
Ma ora soffrono i reni

La gente prega sotto la statua di Wojtyła al Gemelli | Giansoldati e Pace alle pag. 8 e 9



Proiezioni Ardore 22/27

L'analisi
L'effetto Weidel
spinge al voto
l'84% dei tedeschi

ROMA L'affluenza all'84% è la più alta dai tempi della riunificazione. Segno che il timore di tanti, ovvero il trionfo dell'estrema destra dell'Afd, ha mobilitato enormemente l'elettorato.

Diamanti a pag. 2

Zelensky: mi dimetterò se Kiev entra nella Nato

► Ucraina, tre anni fa l'invasione russa e la guerra
Volodymyr tratta sulle terre rare e apre all'uscita

ROMA - Se avete bisogno che io lasci questa sedia, sono pronto a farlo. E posso anche scambiarla con l'adesione alla Nato per l'Ucraina». Il 24 febbraio 2022 iniziò l'invasione dell'Ucraina ordinata da Putin. Tre anni dopo Kiev non è ancora capitolata e solo ieri, per la prima volta, Zelensky ha ipotizzato un passo indietro, ma in cambio dell'adesione all'Alleanza Atlantica. L'invito di Trump, a giorni la firma dell'intesa sulle terre rare.

Ajelo, Bechis e Evangelisti da pag. 12 a pag. 14
L'analisi di Vittorio Sabadin a pag. 10

L'intervento
Italia ed Emirati Arabi Uniti
una partnership strategica



Antonio Tajani e Sheikh Abdullah bin Zayed Al Nahyan

Caro Direttore, i partenariati solidi sono costruiti su valori condivisi, sul rispetto reciproco e su una comune visione (...)
Continua a pag. 25

L'allarme poi rientra



«Bomba a bordo»
Il volo per Delhi scortato a Roma

ROMA Erano in volo sul Mar Caspio, diretta a Nuova Delhi, quando è scattato l'allarme bomba. Due caccia hanno affiancato il velivolo dell'American Airlines, fino a Fiumicino. Negativi i controlli in terra. Savelli a pag. 18

ENERGIA FISICA E MENTALE.
FORMULAZIONE SPECIFICA ADULTI 50+
SUSTENIUM PLUS 50+
NOVITÀ FLACCONI AGILI E FLESSIBILI
NOVITÀ
DAI ENERGIA ALLA TUA ENERGIA.
Gli integratori alimentari non vanno intesi come sostituti di una dieta varia, equilibrata e di uno stile di vita sano.

Il Segno di LUCA

SEGGIO DEL CANCRO
ORA SI RIPARTE!

Finalmente, dopo un mese e mezzo in cui Marte nel tuo segno procedeva a marcia indietro, il pianeta riparte in avanti e le cose ridiventano operative. Anzitutto per quanto riguarda il lavoro, settore nel quale hai avuto ampiamente modo di riflettere sulle tue mosse, aggiustare e correggere il tiro. Ora non solo sul cosa vuoi ma sai anche come ottenerlo. Non ti resta che rimboccarti le maniche e metterti in movimento verso la meta. MANTRA DEL GIORNO
Indietroreggiere serve per ripartire.

L'oroscopo a pag. 25

* Tandem con altri quotidiani (non disponibili separatamente) con la gerarchia di Mestre-Luce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica Fotomessaggero € 1,40; il Venerdì, Il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Mezzogiorno, Il Messaggero - Primo Piano; Nobile € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; "L'amore a Roma" € 0,90 (solo Roma)

Sanità al collasso Covid, 5 anni dopo Nessuna lezione e risorse sprecate

ANDREA CAPOCCI

tratto il Covid-19 è tuttora un mistero.

— segue a pagina 6 —

Non era Mattia Maestri da Codogno il «paziente zero», l'untore che esattamente cinque anni fa portò in Europa il coronavirus. Maestri in Cina non c'era mai andato e da chi abbia con-

— segue dalla prima —

Sanità al collasso A 5 anni dal Covid nessuna lezione e risorse sprecate

ANDREA CAPOCCI

Però adesso sappiamo che le polmoniti anomale si registravano già in gennaio, soprattutto nella Val Seriana. Dato che «Bergamo is running» - così disse la locale Confindustria - e non si può fermare, nessuno aveva approfondito quel segnale. Errori, com'è naturale commettere di fronte a un pericolo nuovo. Ma anche tare storiche che il servizio sanitario nazionale si trascinava dalla nascita. Per esempio, l'assenza di un piano pandemico aggiornato e di una sanità territoriale all'altezza. L'epicentro lombardo fino a quel momento era ritenuto un modello però i medici di famiglia disarmati prima morirono come mosche, poi furono congelati. Ai malati rimasero solo ambulanze e pronto soccorso che si trasformavano in nuovi focolai. I più gravi finivano in reparti di terapia intensiva dove mancavano sia gli infermieri che i ventilatori. Furono i vaccini e una fortunata mutazione del virus a farci rialzare la testa. Chi scrisse sui balconi che ne saremmo usciti migliori, cinque anni dopo deve ricredersi. Passata la crisi, per rinforzare le proprie infrastrutture l'Italia ottenne dall'Unione europea duecento miliardi di euro, venti dei quali destinati alla salute: c'era una sanità territoriale da

ricostruire e ospedali da ammodernare. Dopo anni di riforme della sanità territoriale rimaste inapplicate, l'Italia aveva deciso finalmente di dotarsi di una rete di case e ospedali «di comunità» in grado di alleggerire le strutture principali dai malati che si possono curare altrove. E invece siamo allo stesso punto di prima. Di case ne abbiamo realizzate solo una cinquantina su un migliaio previsto e alla scadenza del prestito europeo manca un anno. E il personale che deve lavorarci? Gli infermieri non si trovano, i medici piuttosto che trasferirsi nelle case di comunità preferiscono accogliere gli assistiti «a studio». D'altronde il governo (i governi) non hanno fatto nulla per formare i professionisti che dovrebbero tenere aperte le case, come comprarsi una Ferrari senza preoccuparsi della benzina. Il governo stesso ci crede così poco che nel nuovissimo piano pandemico 2025-2029 delle case di comunità non si parla nemmeno. Anche i fondi per dotare gli ospedali di macchinari per ecografie, risonanze magnetiche e Tac (gli esami diagnostici con le liste d'attesa più lunghe) sono stati dirottati altrove: gli acquisti sono stati rinviati di due anni e chi ha fretta si rivolga al privato. Non siamo gli unici al mondo a non aver appreso la lezione della pandemia. Un po' come l'O-

nu alle prese con Ucraina e Gaza, anche l'Oms è uscita a pezzi dalla crisi Covid. Il trattato internazionale contro le pandemie è su un binario morto. L'uscita degli Usa affida definitivamente l'organizzazione ai filantropocapitalisti e all'influenza di Pechino. Le prossime crisi sanitarie globali saranno affrontate dai governi in ordine sparso, a tutto vantaggio dell'industria farmaceutica che alzerà il prezzo su ogni farmaco e vaccino. La pandemia infatti non ha scalfito il potere di monopoli e brevetti, come a un certo punto ha chiesto invano anche il Parlamento Europeo. Il rischio adesso è che il Covid-19 venga definitivamente impacchettato nella categoria delle eccezioni storiche, i cataclismi imprevedibili da dimenticare al più presto come i terremoti. Lo spillover di un virus non è un incidente, mail sintomo di una crisi ambientale più vasta e ormai documentata: è un modello di sviluppo suicida a sottrarre terra alle



il manifesto

foreste e a mettere a stretto contatto insediamenti umani, allevamenti intensivi e fauna selvatica. La coincidenza tra emergenza climatica e crisi sanitaria non è casuale, così come la voglia di dimenticarle entrambe. L'unica speranza viene dai sondaggi di opinione. Dopo la pandemia, in ogni indagine statistica italiane e italiani mettono puntualmente la sanità pubblica in cima alle loro priorità. Come se il virus ci avesse ricordato che il diritto alla salute non è acquisito una volta per tutte. Questa sensibilità invita la politica a prendere l'iniziativa. Il

governo finora ha risposto all'appello solo con gli slogan sul «più alto investimento pubblico di sempre a favore della sanità», smentiti da qualunque analisi onesta. L'opposizione non ha fatto di meglio: della mobilitazione «ospedale per ospedale» annunciata nello scorso novembre da Elly Schlein si è persa ogni traccia. Prima che questa finestra di attenzione si chiuda, è il caso di occuparsene davvero



IN COSA SPERIAMO

Prendersi cura della salute di tutti la nuova missione

SILVIO BRUSAFERRO

Per provare a rispondere alla domanda "in cosa speriamo" vorrei partire dal termine "speranza".

A pagina 17

Terapie risolutive, malattie debellate, vaccini efficaci: un patrimonio collettivo che ci spinge a vedere le necessità di benessere degli altri

Prendersi cura della salute di tutti una missione per nuovi testimoni

Nelle domeniche del Giubileo "Avvenire" ospita voci credenti e laiche per offrire riflessioni a partire da domande ispirate da Francesco nella bolla di indizione, "Spes non confundit". Qual è, oggi, la speranza che "non delude"? Quali speranze nutrono il nostro sguardo sul futuro? Su quali fondamenta edificiamo i progetti della vita, le attese, i sogni? E la società, a che speranza attinge? Domande per tutti. Gli articoli pubblicati sinora sono su www.avvenire.it/opinioni

Medicina e sanità hanno visto moltiplicarsi nel nostro tempo i "segni di speranza", ma è proprio questo che ci mostra un metodo di ricerca del bene di tutti di cui essere coscienti. E che va custodito, per darci un futuro

SILVIO BRUSAFERRO

Per provare a rispondere alla domanda "in cosa speriamo" vorrei partire dal termine "speranza". Le sue diverse chiavi di lettura hanno almeno due tratti comuni: la proiezione nel futuro, come sottolinea l'enciclopedia Treccani, e la realizzazione di qualcosa di positivo. Il riferimento a "qualcosa di positivo" è inevitabile che sia fortemente influenzato della dimensione personale (esperienze, competenze, aree di interesse, ecc.). Per me, che sono un credente professionalmente impegnato nella Sanità pubblica, il significato di questa parola ha a che fare particolarmente con la salute e il benessere di persone e comunità.

Riflettere su "cosa speriamo" non è però solo una occasione per condividere scenari e prospettive ideali personali, ma, cercando di evitare il rischio di sconfinare nell'astratto, per riconoscere, della speranza, segni concreti e coglierne le possibili prospettive. È una riflessione, che è insieme un'opportunità, per condividere alcuni orizzonti anche al di là della dimensione escatologica della speranza,

propria di chi si riconosce credente. Ci sono segni di speranza? I tempi straordinari che stiamo vivendo mettono in gioco valori, regole, accordi, tradizioni che, pur attraverso molte contraddizioni, hanno definito negli anni recenti il nostro conte-



sto occidentale e quello nazionale. Questo scenario coinvolge tutti gli aspetti del nostro vivere personale e sociale e certamente anche la dimensione della salute, del benessere (*Well Being*) e la struttura dei sistemi sanitari. La fase storica attuale è caratterizzata dalla contemporanea presenza di eventi globali a fortissimo impatto locale: dagli effetti del cambiamento climatico all'emergere e riemergere di patologie infettive a carattere epidemico, alla presenza di guerre e conflitti, di imponenti flussi migratori, ma anche alle crisi economiche, agli effetti dell'urbanizzazione e della globalizzazione, alle trasformazioni per l'invecchiamento della popolazione, la crisi della natalità e l'aumento della solitudine, alla rivoluzione della informazione.

In una prospettiva sanitaria spiccano alcuni fenomeni come, per esempio, il fatto che ci siano sempre più persone affette da più di una patologia, il crescente impatto dei disturbi legati alla salute mentale, e l'aumento delle diseguaglianze anche sostenute da determinanti di salute ben noti come povertà e alfabetizzazione che rimangono drammaticamente attuali. È uno scenario destinato a perdurare (almeno nel breve e medio termine) e che spaventa, disorienta e rischia di confinarci in atteggiamenti di rassegnata passività come fossimo contemporaneamente spettatori e protagonisti di una storia che non dipende da noi. È anche difficile in questo contesto rintracciare un orizzonte di riferimento condiviso, schiacciati come siamo dal contingente e dalle risposte reattive immediate a eventi e notizie spesso conflittuali che ci impediscono di avere uno sguardo più lungo e ricollocare noi stessi e le comunità in cui siamo inseriti in una prospettiva storica. Ma in realtà viviamo anche circondati da segnali concreti capaci di alimentare la speranza.

Ne provo a condividere alcuni. Nel travagliato secolo scorso, proprio grazie a interventi su alimentazione, istruzione, protezione sociale, standard igienici e condizioni di vita, uniti al progresso delle conoscenze e della tecnologia, la durata media di vita è raddoppiata in Italia e a livello globale. All'inizio del secolo scorso (1900), nel nostro Paese l'attesa media di vita alla nascita era pari a 41,9 anni, oggi a poco più di un secolo di distanza (2023) l'attesa media di vita alla nascita supera gli 83 (83,1) anni e continua ad allungarsi. Grazie ai vaccini e a uno sforzo globale scientifico, tecnologico, politico e sociale si è riusciti a eradi-

care una patologia drammatica come il vaiolo, a eliminare – quanto meno nella larghissima parte del mondo – una patologia come la poliomielite, e più in generale a ridurre drasticamente l'impatto drammatico su mortalità e invalidità delle malattie infettive dell'infanzia. Risultati altrettanto positivi ci vengono dall'impegno nel prevenire e contrastare il cancro. Oggi in Italia stimiamo che il 27% delle persone che hanno avuto un cancro (3.6 milioni nel 2020) possa essere considerata guarita (ovvero con la stessa attesa di vita di persone di pari sesso ed età che il cancro non lo hanno avuto).

Sono alcuni dei risultati straordinari, di cui non sempre siamo consapevoli, che a mio avviso ci consentono di guardare con speranza al futuro. Il fatto che questi cambiamenti avvengano in un lungo arco temporale rischia purtroppo di renderli invisibili rispetto a singoli eventi spesso drammatici su cui tende a concentrarsi quotidianamente la nostra attenzione, e soprattutto di farci perdere la consapevolezza che possono essere reversibili. Ulteriori segni di speranza sono i risultati del velocissimo progresso tecnologico anche in campo biomedico, che consentono la messa a punto di strumenti e modelli sempre più precisi e sofisticati nell'affrontare le risposte ai nostri bisogni, inclusi quelli di salute e benessere. Segno concreto di speranza sono anche i molti dati di cui disponiamo per leggere e comprendere la realtà che ci circonda, a livello internazionale, nazionale e regionale. Sono strumenti che ci possono aiutare nell'identificare programmi e priorità di azione per promuovere e migliorare Salute e Benessere. È un patrimonio, questo, che non genera di per sé un'azione ma ci mette di fronte delle scelte individuali e collettive capaci di influenzare il nostro futuro.

C'è poi una dimensione quotidiana della speranza, tessuta di incontri ed esperienze personali. Io la scorgo ogni giorno negli occhi curiosi, attenti ed entusiasti degli studenti, la vedo nei giovani colleghi in formazione mentre sperimentano, discutono ed elaborano evidenze ed esperienze per garantire con empatia, a persone e comunità, risposte tecnico-scientifiche alle domande di salute. Speranza per me è anche la competenza e la passione che colgo nei professionisti del Servizio sanitario nazionale che, nonostante le mille difficoltà, quotidianamente cercano di dare le migliori risposte ai pazienti e a chi sta



loro accanto. Segno di speranza sono le molte iniziative (spesso poco conosciute) che istituzioni locali e terzo settore provano a sperimentare per dare una risposta al crescente problema della solitudine e dell'isolamento sociale. Speranza è il volto di molte persone, spesso organizzate in associazioni, che quotidianamente e discretamente si fanno carico dei bisogni delle persone più fragili. Ho la fortuna di poterne incontrare molte in tutte le regioni di Italia, sentire i loro racconti e toccare con mano il loro entusiasmo e la concretezza del loro agire, e da questa esperienza esco ogni volta rigenerato e arricchito. Sono realtà e segni concreti diffusi capillarmente in tutto il Paese e di cui spesso non ci accorgiamo.

Cosa vuol dire per me, in questo anno giubilare, essere "pellegrino di speranza"?

«Oggi mi incoraggiano gli occhi dei giovani curanti in formazione, la passione di tanti colleghi medici in mezzo a mille difficoltà, la dedizione generosa di persone e associazioni verso i più soli e fragili»



Vuol dire partire dalla consapevolezza che noi (persone e comunità) siamo protagonisti attraverso le scelte che facciamo ma anche attraverso quelle che non facciamo. Vuol dire rendere evidente a chi ci sta accanto, all'opinione pubblica, ai decisori, l'esistenza, l'importanza e la ricchezza di tutte le realtà che operano per il bene comune. Vuol dire progettare e modellare le nostre comunità e i contesti in cui siamo inseriti avendo in mente l'agenda Onu 2030 e i suoi indicatori: rafforzare il Ssn a partire dai suoi valori ispiratori è assolutamente necessario, anche se non basta per garantire salute e benessere.

Vuol dire saper riconoscere e valorizzare i tanti segni di speranza che oggi esistono, contribuire a connetterli, trovare tra loro un filo conduttore per farli diventare reti ed esempi con-

tagiosi. Provare a essere "pellegrino di speranza" per me vuol dire, partendo da questi segni, riflettere e comprendere il nostro presente (il "già") per immaginare e costruire, in modo condiviso, un futuro dove il bene comune, la salute e il benessere sono garantiti universalmente ed equamente. È una sfida che appartiene a ogni cittadino e alla quale un credente può portare la consapevolezza, la forza e la ricchezza del "non ancora".

**Professore ordinario di Igiene
Dipartimento di Medicina
Università di Udine**



In cosa sperare? Nella presenza fedele di chi si sappia prendere cura delle nostre fragilità./Foto Policlinico Gemelli



Servizio L'intervista al presidente di Salutequità

“Liste d'attesa lunghe? Dal salta code alle agende chiuse: così ci si può difendere”

Tonino Aceti spiega quali sono gli strumenti e gli accorgimenti per far sì che le Asl rispettino i tempi nell'erogare le prestazioni

di *Marzio Bartoloni*

21 febbraio 2025



Le liste d'attesa sono il nemico numero uno dei pazienti, visto che almeno 3 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi per colpa delle code troppo lunghe per curarsi. Tonino Aceti, Presidente di Salutequità, osservatorio che monitora i grandi fenomeni della sanità a cominciare da quello delle liste d'attesa, spiega quali sono gli strumenti e gli accorgimenti per far sì che le Asl rispettino i tempi nell'erogare le prestazioni di cui hanno bisogno. “Il decreto sulle liste d'attesa varato quest'estate dal Governo è un decreto che interviene in modo organico sul tema - avverte Aceti in una video intervista a 24OreSalute -, al suo interno ci sono molte misure: dalla piattaforma sulle liste d'attesa, che ha ovviamente un impatto sul cittadino, ad un meccanismo particolare che assicura i cosiddetti percorsi di tutela. Cioè quei percorsi che devono essere garantiti dalle Asl e dalle Regioni, nel caso in cui al cittadino fosse prospettato al Cup un tempo di attesa per una prestazione incompatibile, quindi fuori tempo massimo”.

Ma come funziona questo meccanismo “salta code”? “Il decreto - continua Aceti - prevede che le Regioni e le Asl, devono garantire questi percorsi di tutela che permettono al cittadino di accedere, nei tempi previsti dal codice priorità, alla prestazione, responsabilizzando il direttore generale dell'Asl nel far sì, che questi meccanismi, funzionino per davvero. In particolare Il Cup dovrebbe occuparsi di trovare prestazioni, prenotazioni e date compatibili con il codice di priorità che il cittadino ha sulla propria ricetta. Esempio la prestazione con il codice U, è quella urgente e va erogata entro 72 ore. E quindi la Asl dovrà autorizzare il cittadino ad andare o in libera professione

o all'interno del privato accreditato e pagare solo il ticket" - Il problema però è che come risulta da una indagine approfondita che ha fatto Salutequità poi la realtà purtroppo vede prevalere tanta burocrazia con le Asl che hanno previsto procedure complicate per ottenere questi percorsi di tutela come la necessità di riempire moduli, formulari, inviare le Pec o raccomandate.

Ma il cittadino come fa a difendersi se comincia a doversi districare in questo ginepraio? "La prima cosa - è il consiglio del presidente di Salutequità - prendere carta e penna e annotarsi il nome dell'operatore o il numero di operatore del Cup, l'orario della telefonata, la tipologia di prestazione di cui si necessita e anche annotare il codice di priorità che è stato assegnato all'interno della prescrizione. Perché queste sono tutte informazioni che poi serviranno, per avviare questo percorso di tutela, perché molte Regioni chiedono che sia il cittadino a fare domanda di attivazione dei percorsi di tutela. Ecco, con queste informazioni il cittadino poi può riempire i moduli e i formulari richiesti dalle Asl".

La risposta delle Entrate è occasione per indagare la conformità di norme interne e unionali

Associazioni di medici, esenti dall'Iva le spese riaddebitate

Pagina a cura

DI FRANCO RICCA

I soggetti passivi che svolgono attività esentate dall'Iva in quanto di pubblico interesse non pagano l'imposta sulle spese riaddebitate loro dall'associazione che essi hanno costituito per la gestione comune dei servizi occorrenti per dette attività: le prestazioni rese dall'associazione dietro rimborso del puro costo, infatti, fruiscono dell'esenzione specificamente prevista da una norma Ue e recepita al secondo comma dell'art. 10 del dpr 26 ottobre 1972. Lo ha chiarito l'Agenzia delle entrate nella risposta a interpello n. 23/2025, in relazione alle prestazioni rese da un'associazione di "medicina di gruppo" ai propri associati che esercitano la professione sanitaria in regime di esenzione dall'Iva. Non è di ostacolo, precisa l'Agenzia, la circostanza che la disposizione nazionale riserva l'esenzione ai rapporti tra consorzi e consorziati, dovendo essa interpretarsi alla luce della norma unionale. La risposta offre l'occasione per riproporre alcune considerazioni sull'effettiva corrispondenza della norma interna a quella sovranazionale.

Il caso e le soluzioni. Il quesito era stato posto da un'associazione non riconosciuta, costituita da medici di medicina generale che hanno concordato di esercitare la professione nella forma associativa della medicina di gruppo disciplinata dall'art. 40 del dpr 28 luglio 2000, n. 270, che persegue, tra l'altro, lo scopo di conseguire "maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione dell'attività professionale". A tal fine, l'associazione assume i costi di gestione dell'ambulatorio (spese amministrative, personale, ecc.), che riaddebita poi, senza

oneri aggiuntivi, ai medici associati per la quota di competenza di ciascuno, applicando l'Iva del 22%. Precisato che le proprie operazioni consistono esclusivamente nel riaddebito di tali costi, l'associazione chiedeva il parere dell'Agenzia in merito al corretto inquadramento fiscale.

Imposizione diretta. L'Agenzia si occupa anzitutto dell'imposizione diretta, precisando che, in base ai criteri che fondano la distinzione tra enti non commerciali ed enti commerciali, l'associazione istante, avendo a oggetto esclusivo la prestazione di servizi ai propri membri, consistente nell'assunzione in nome proprio dei costi di gestione degli ambulatori e nel successivo riaddebito agli associati, si qualifica, ai fini Ires, tra gli enti della seconda specie, per cui il reddito prodotto si considera reddito d'impresa quale che sia la provenienza. In quanto ente commerciale, l'associazione è inoltre soggetto passivo dell'Irap.

Iva. Passando all'Iva, l'Agenzia osserva che il secondo comma dell'art. 10 del dpr n. 633/1972 esenta dall'imposta "le prestazioni di servizi effettuate nei confronti dei consorziati o soci da consorzi, ivi comprese le società consortili e le società cooperative con funzioni consortili, costituiti tra soggetti per i quali, nel triennio solare precedente, la percentuale di detrazione di cui all'articolo 19bis, anche per effetto dell'opzione di cui all'articolo 36bis, sia stata non superiore al 10%, a condizione che i corrispettivi dovuti dai consorziati o soci ai predetti consorzi e società non superino i costi imputabili alle prestazioni stesse". Tale disposizione recepisce l'art. 132, lett. f), della direttiva (Ue) 2006/112/CE del Consiglio, secondo cui gli Stati membri esentano dall'imposta "le prestazioni

di servizi effettuate da associazioni autonome di persone che esercitano un'attività esente o per la quale non hanno la qualità di soggetti passivi, al fine di rendere ai loro membri i servizi direttamente necessari all'esercizio di tale attività, quando tali associazioni si limitano a esigere dai loro membri l'esatto rimborso della parte delle spese comuni loro spettante, a condizione che questa esenzione non possa provocare distorsioni della concorrenza". L'Agenzia richiama quindi taluni contributi della giurisprudenza unionale. Nella sentenza 11 dicembre 2008, C-407/07, la Corte di giustizia ha precisato che finalità della norma "è quella di istituire un'esenzione dall'Iva per evitare che la persona che offre taluni servizi sia assoggettata al pagamento di detta imposta quando essa è stata indotta a collaborare con altri professionisti mediante una struttura comune che svolge talune attività necessarie al compimento della prestazione". Poi, in tre sentenze del 21 settembre 2017 (C-326/15, C-605/15 e C-616/15), la Corte ha chiarito che l'esenzione in esame riguarda esclusivamente le associazioni autonome di persone i cui membri esercitano un'attività di interesse pubblico, esente da imposta, menzionata nell'art. 132 della direttiva (si veda la tabella). Occorre notare come la disposizione unionale sia indirizzata alle "associazioni autonome di persone", mentre quella nazionale menziona i consorzi, le società consortili e le società cooperative con funzioni consortili, delineando un ambito soggettivo



più ristretto. Però, l'Agenzia ricorda di avere chiarito già con la circolare n. 23 dell'8 maggio 2009 che al consorzio "possono essere equiparate organizzazioni di origine comunitaria aventi finalità analoghe, quali i gruppi economici di interesse europeo (Geie)". Un ulteriore e decisivo passo verso un'interpretazione euro-conforme è stato compiuto con la risoluzione n. 30 del 3 aprile 2012, riguardante le società cooperative costituite fra soggetti esercenti attività sanitaria, ove è stato affermato che, ai fini dell'esenzione in esame, non assume rilievo la forma giuridica assunta dalla struttura associativa, bensì l'oggetto sociale della stessa, vale a dire la cooperazione all'attività esente o esclusa da Iva svolta dagli associati, individuata dal legislatore naziona-

le "a titolo esemplificativo", nello schema tipico del consorzio. Si ammette, quindi, che "un'analoga funzione può, peraltro, essere assolta anche da strutture associative aventi una forma giuridica diversa da quella consortile, alle quali gli associati demandino lo svolgimento di alcuni segmenti della propria attività economica". L'Agenzia ha così esplicitamente riconosciuto che il riferimento dell'art. 10, secondo comma, alle sole strutture associative consortili, "non può essere interpretato come discriminatorio rispetto ad altri schemi associativi autonomi costituiti al fine di rendere, al mero costo, servizi comuni agli associati, che svolgono attività esente o non soggetta a Iva, funzionali all'esercizio dell'attività di ciascuno di essi". Sulla base di tali conside-

razioni, confermando la precedente risposta n. 161/2024, l'Agenzia conclude che deve ritenersi ricompresa nella previsione normativa in esame anche l'associazione di medicina di gruppo istante, la quale potrà conseguentemente riaddebitare i costi ai propri associati in esenzione dall'imposta.

Le attività esentate per ragioni di interesse pubblico

(art. 132 direttiva)

a)	Servizi pubblici postali	k)	Messa a disposizione, da parte di istituzioni religiose o filosofiche, di personale per le attività di cui alle lettere b), g), h) ed i) e per fini di assistenza spirituale
b)	Ospedalizzazione e cure mediche	l)	Prestazioni di servizi e cessioni strettamente connesse effettuate nei confronti dei propri membri nel loro interesse collettivo da organismi senza fini di lucro aventi scopi politici, sindacali, religiosi, patriottici, filosofici, filantropici o civici
c)	Prestazioni mediche effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche	m)	Talune prestazioni di servizi strettamente connesse con la pratica dello sport o dell'educazione fisica
d)	Cessioni di organi, di sangue e di latte umani	n)	Talune prestazioni di servizi culturali e cessioni di beni loro strettamente connesse
e)	Prestazioni di servizi degli odontotecnici e forniture di protesi dentarie	o)	Operazioni effettuate dagli enti o dagli organismi le cui operazioni sono esenti a norma delle lettere b), g), h), i), l), m) e n) in occasione di manifestazioni per la raccolta di fondi, organizzate a loro esclusivo profitto
f)	Prestazioni di servizi effettuate, nei confronti dei loro membri, da associazioni di persone che esercitano un'attività esente	p)	Trasporto di malati o feriti in veicoli equipaggiati da parte di organismi debitamente autorizzati
g)	Prestazioni di servizi e cessioni strettamente connesse con l'assistenza e la previdenza sociale	q)	Attività degli enti radiotelevisivi di diritto pubblico diverse da quelle aventi carattere commerciale
h)	Prestazioni di servizi e cessioni strettamente connesse con la protezione dell'infanzia e della gioventù		
i)	Educazione dell'infanzia o della gioventù, insegnamento scolastico o universitario, formazione o riqualificazione professionale		
j)	Lezioni impartite da insegnanti a titolo personale, relative all'insegnamento scolastico o universitario		

Attenzione: in alcuni casi l'esenzione è subordinata allo status del fornitore



Servizio Le misure per la Sanità

Il milleproroghe è legge: dallo scudo penale per i medici agli incarichi per coprire i buchi in corsia

Il testo approvato contiene alcune nuove misure o anche solo modifiche di norme relative al settore sanitario

di Claudio Testuzza

21 febbraio 2025

Il milleproroghe 2025 dopo l'ultimo via libera della Camera è diventato legge. E come ogni anno accanto alle modifiche del calendario di diverse disposizioni degli anni passati, il testo approvato contiene alcune nuove misure o anche solo modifiche di norme relative al settore sanitario nel maggior numero riferibili allo stato di necessità del servizio sanitario. Le più importanti ed incisive si riferiscono alla proroga sino al 31 dicembre 2025 dell'applicazione della limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave commessi nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario (cosiddetto scudo penale), e allo scivolamento di ulteriori due anni, fino al 31 dicembre 2026, del termine entro il quale le regioni dovranno adeguare il loro ordinamento alle disposizioni sull'accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie autorizzate, pubbliche o private.

Le misure per gli incarichi al personale sanitario

Ma esistono norme più specifiche. All'articolo 4, comma 3, le misure straordinarie per il conferimento di incarichi semestrali di lavoro autonomo ai medici specializzandi e di incarichi a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie, agli operatori socio-sanitari e ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione, vengono prolungate al 31 dicembre 2025. In considerazione, si ritiene, della scarsità di queste figure in ambito dei servizi ed attività sanitarie, si dispone, di conseguenza, che gli enti del Ssn possono anche assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari, anche qualora non più in servizio, ma che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato al 31 dicembre 2025 alle dipendenze di un ente del Ssn almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2025.

Le altre proroghe per lavorare con il Servizio sanitario

Medesima condizione viene prevista per il personale dirigenziale e non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, anche qualora non più in servizio, e che, anch'essi, siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato alle dipendenze di un ente del Ssn almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2025. Ulteriore possibilità di incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati e iscritti agli ordini professionali,

anche se privi della specializzazione, viene estesa al 31 dicembre 2025 nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente. Viene, poi, prorogato al 31 dicembre 2024 il periodo entro il quale deve essere maturato il requisito di tre anni di servizio per partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, anche in assenza di un diploma di specializzazione. Sempre per far fronte alla carenza di personale sanitario le Regioni possono incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2025, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario. Inoltre viene estesa al 31 dicembre 2025 la possibilità di conferire incarichi semestrali di lavoro autonomo per i dirigenti medici, veterinari e sanitari, nonché per il personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza.

Le misure per i direttori generali e per l'accreditamento dei privati

Infine con il comma 7, lettera a), si proroga al 31 dicembre 2025 il termine di validità dell'iscrizione nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Ssn. Sull'accreditamento delle strutture è stata prevista una proroga di ulteriori due anni, fino al 31 dicembre 2026. Termine entro il quale le regioni e delle province autonome provvedono ad adeguare il loro ordinamento alle disposizioni sull'accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie autorizzate, pubbliche o private e per i professionisti che ne facciano richiesta, nonché per le organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, nonché la stipula di accordi contrattuali.



Servizio Trattamento di fine rapporto

Tfr nel pubblico impiego tra ritardi e revisioni Ecco le magagne per i dirigenti della sanità

Per i lavoratori della Sanità pubblica non sono valutabili molti emolumenti del trattamento economico accessorio e, in particolare, per tutti i dirigenti non si conteggia la retribuzione di posizione parte variabile

di Stefano Simonetti

21 febbraio 2025

Il 17 febbraio scorso si è svolto a Roma un convegno nazionale sul tema "Il trattamento di fine rapporto dei dipendenti pubblici", organizzato da sette Confederazioni sindacali sulle complessive 14 riconosciute maggiormente rappresentative tra comparti e aree dirigenziali. Tra i principali promotori dell'iniziativa c'è la Cosmed che, con oltre 35.000 iscritti è la principale Confederazione sindacale della dirigenza del pubblico impiego e aggrega sei sindacati di categoria (Anaa, Aaroi, Fvm, Fedirets, Anmi, Andprosan) in rappresentanza di coloro che, a buon motivo, possono ritenersi i più danneggiati dalle norme capestro sulle liquidazioni nel pubblico impiego.

Una sentenza inascoltata

L'evento ha riscosso molto interesse e quasi tutti i giornali ne hanno parlato. In particolare, sul quotidiano del Sole 24 ore, l'articolo di Gianni Trovati ha ricostruito le vicende degli ultimi anni dalla sentenza della Corte costituzionale n. 130 del 23 giugno 2023 - totalmente inascoltata dal Governo - fino alla recentissima ordinanza del Tar Marche n. 105 del 15.2.2025 che ha rimesso nuovamente la questione alla Consulta. Oltre che ai tempi biblici previsti per il pagamento - anche fino a sette anni - ampio spazio è stato dedicato alla quantificazione di dettaglio delle perdite subite dagli interessati nonché alle proposte di legge avanzate dal M5S ma subito arenate in Parlamento per scontati problemi di copertura finanziaria. Si stima che l'impatto della vertenza si aggiri sui 4,4 mld di euro che, sommati ad altre pesantissime partite aperte - monetizzazione delle ferie, retribuzione dovuta durante le ferie, buoni pasto - porterebbero al default finanziario dello Stato.

Tutte le tematiche trattate nel convegno riguardano sostanzialmente la tempistica di pagamento del Tfs/Tfr che risale a 15 anni fa nella sua già inaccettabile definizione ma che, a causa dell'inflazione degli ultimi anni, ha raggiunto oggi livelli micidiali in termini di perdita di potere di acquisto.

Il gap di trattamento tra pubblico impiego e privato

L'aspetto che vorrei analizzare in questa sede va oltre rispetto al dibattito del convegno ricordato sopra e consiste in una questione che è a monte e precede i tempi di pagamento, cioè la notevole e ingiustificata differenza strutturale tra la liquidazione nel pubblico impiego e quella a carico dei datori di lavoro privati.

Nonostante l'ipocrita denominazione di "Tfr", la liquidazione del personale della Sanità pubblica non ha niente a che fare con le regole sancite dall'art. 2120 cc, tanto è vero che si chiama ancora Indennità Premio di Servizio (IPS) come quando venne istituita nel 1968 a carico dell'Inadel. Queste le sostanziali differenze:

- la IPS ha natura previdenziale mentre il Tfr è retribuzione differita
- il datore di lavoro privato deve erogare il Tfr, di norma, entro 45/60 giorni dalla cessazione del rapporto e, in caso di ritardo, può essere imposto il pagamento dell'interesse legale, tutela del tutto ignota ai pubblici dipendenti
- i dipendenti pubblici hanno a loro carico un contributo del 2% (anche quelli assunti dopo il 2000 in regime di TFR) sconosciuto ai lavoratori privati
- l'importo si ottiene moltiplicando un quindicesimo dell'80% della retribuzione contributiva utile lorda percepita negli ultimi 12 mesi di servizio per il numero degli anni valutabili ai fini del calcolo a fronte dell'art. 2120 cc secondo il quale il Tfr "si calcola sommando per ciascun anno di servizio una quota pari e comunque non superiore all'importo della retribuzione dovuta per l'anno stesso divisa per 13,5", opportunamente rivalutato.
- anche il regime delle anticipazioni è differenziato, visto che per i dipendenti pubblici l'Inps ha sospeso questa possibilità dal 25 aprile 2024, a causa dell'esaurimento dei fondi disponibili.
- la base di calcolo è nettamente diversa: per i privati "comprende tutte le somme, compreso l'equivalente delle prestazioni in natura, corrisposte in dipendenza del rapporto di lavoro, a titolo non occasionale e con esclusione di quanto è corrisposto a titolo di rimborso spese". Per gli iscritti all'ex Inadel valgono ancora le regole della legge 152/1968 che all'art. 11 precisa che è costituita da "stipendio o salario comprensivo degli aumenti periodici, della tredicesima mensilità e del valore degli assegni in natura, spettanti per legge o regolamento e formanti parte integrante ed essenziale dello stipendio stesso"; basterebbe tale formulazione obsoleta e ormai illeggibile a comprendere quanto lavoro c'è da fare per arrivare ad una perequazione normativa.

In relazione all'ultimo punto di cui sopra, la conseguenza maggiore è quella che per i lavoratori della Sanità pubblica non sono valutabili molti emolumenti del trattamento economico accessorio e, in particolare, per tutti i dirigenti non si conteggia la retribuzione di posizione parte variabile, con un danno finanziario notevole.

I DIRITTI

Il piano di Schillaci
che apre al fine vita

PAOLO RUSSO

Una legge nazionale sul fine vita non è più tabù. A ribadire il concetto è stato il ministro della Salute Schillaci. - PAGINA 19

In Commissione si cerca una sintesi tra cinque ddl. L'ipotesi piacerebbe alla Cei. Il ministro Schillaci: "Tempi maturi, non si possono lasciare sole le Regioni"

Fine vita, verso l'intesa su una legge bipartisan "Prima un ciclo di cure palliative obbligatorie"

IL RETROSCENA

PAOLO RUSSO
ROMA

Una legge nazionale sul fine vita non è più tabù. Pochi giorni fa era uscita allo scoperto la Cei, sollecitando un intervento normativo da parte del Parlamento. Ieri a ribadire il concetto è stato il Ministro della salute, Orazio Schillaci. «Non si possono lasciare sole le Regioni – ha detto –, sarebbe inaccettabile che le persone si spostassero da una regione all'altra per vedersi riconosciuto il diritto al suicidio assistito. Credo che i tempi siano maturi per avere una buona legge valida per tutti». Parole subito accolte con favore dal Governatore lombardo, Attilio Fontana. «Il principio del fine vita è ormai acquisito, le sentenze della Consulta lo hanno evidenziato. È necessaria ora una legge cornice dello Stato, poi le Regioni ne approveranno una di dettaglio», ha commentato confermando l'effetto domino della legge toscana appena approvata anche in alcune regioni governate dai partiti di maggioranza, come la stessa Lombardia, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia.

Ed è proprio l'attivismo regionale ad aver messo il sale sulla coda ai partiti di governo che in Commissione giustizia al Senato cercheranno

nei prossimi giorni di trovare una sintesi sui cinque disegni di legge, di cui uno targato FI, presentati già da tempo. Anche se il relatore dei provvedimenti, il forzista Pierantonio Zanettin, spiega che si, «è necessario trovare delle convergenze, ma che è un tema sul quale bisognerà procedere a piccoli passi per arrivare ad una approvazione con maggioranza non risicata». Quale può essere il punto di mediazione lo dice lui stesso: «arrivare a una rivisitazione dei 4 punti contenuti nella sentenza della Corte Costituzionale del 2019, ai quali si potrebbe aggiungere l'obbligo di un preventivo ciclo di cure palliative». Magari, come sollecita la stessa Cei, dando anche piena attuazione alla legge che le avrebbe dovute garantire ma che è rimasta in arte inapplicata.

Per il resto la legge nazionale difficilmente potrebbe ignorare i quattro criteri fissati dalla Consulta, che ha autorizzato il suicidio assistito in caso di irreversibilità della patologia, presenza di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili per il paziente, capacità di prendere decisioni libere e consapevoli, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, comprendendo tra questi anche la chemioterapia. Una cornice di riferimento già chiara,

rispetto alla quale spetterebbe poi alle Regioni stabilire i tempi massimi per garantire il diritto a porre fine alle proprie sofferenze. Tempi che sicuramente si dilaterrebbero se il via libera di comitato etico e commissione medica dovessero essere preceduti dalla somministrazione delle cure palliative.

Il fatto è che il dilemma delle scelte sul fine vita taglia trasversalmente tanto i partiti di maggioranza che quelli di opposizione, entrambi restii ad accollarsi l'onere di una bocciatura parlamentare, visto che su una questione come quella del suicidio assistito che richiama alla coscienza individuale si procederebbe con voto segreto. Per questo si fa più concreta la prospettiva di una legge "bipartisan", sicuramente meno avanzata di quelle presentate in quindici Regioni dall'Associazione Luca Coscioni.

Che capita l'antifona, ieri con Marco Cappato e Filomena Gallo hanno replicato a Schillaci affermando «che la legge proposta dall'Associazione nelle diverse Regioni è approvata in Toscana non è una fuga in avanti perché altro



non fa che ottemperare alle sentenze della Consulta». La paura che una legge nazionale configuri una “fuga all’indietro” sembra del resto confermata dallo stesso lavoro di confronto dei quattro disegni di legge, considerati dall’Associazione «peggiorativi», sia che ci si riferisca a quelli di maggioranza che a quelli delle forze di opposizione. «La proposta di legge di Forza Italia – spiega Cappato – vuole addirittura modificare la legge 219 del 2017 sul testamento biologico ed escludere nutrizione e

idratazione artificiale dai trattamenti sanitari per renderli così non rifiutabili dai pazienti, facendoci tornare al sondino di Stato». Dall’altra parte anche Pd, 5 Stelle e Azione «vieterebbero quel che la Consulta oggi consente, ossia l’aiuto medico alla morte volontaria anche se la sofferenza insopportabile è “solo” fisica o “solo” psicologica e non se lo è in entrambi i casi come indica la proposta». La strada per una legge nazionale sembra segnata. Che segua il tracciato della Consulta è tutto da vedere. —

I timori di Cappato “Si rischia di tornare al sondino di Stato”

In piazza
Manifestazione della
“Luca Coscioni”
per la legge
sul fine
vita presentata
in quindici
Regioni

Zanettin, il relatore di Forza Italia: “Servono convergenze per una ampia maggioranza”

ORAZIO SCHILLACI
MINISTRO
DELLA SALUTE



Le tappe

1

La Corte costituzionale
La sentenza 242 del 2019 stabilisce le condizioni che devono ricorrere per la non punibilità di chi vuole accedere al suicidio assistito

2

I requisiti
Malattia irreversibile, sofferenza intollerabile, la capacità di decidere del paziente e la sua dipendenza da trattamenti di sostegno vitale

3

Si muovono gli enti locali
Nei giorni scorsi la Toscana, prima regione in Italia, approva una legge sul fine vita, ma l’opposizione fa ricorso e blocca il provvedimento

Le persone non devono spostarsi da una regione all’altra per ottenere il suicidio assistito



Dopo l'esempio della Toscana, il pressing delle Regioni spinge la maggioranza ad accelerare per una legge nazionale sul suicidio assistito. Ma l'idea lanciata da Forza Italia non convince i dem: "Imporre un trattamento è contro la legge". Zaia: "Basta aspettare, ascoltiamo i malati"

Fine vita, il gelo di Pd e M5S sul piano Schillaci

“No all’obbligatorietà delle cure palliative”

IL RETROSCENA

PAOLORUSSO
ROMA

L'idea lanciata da Forza Italia di dare il via libera al suicidio assistito solo dopo un ciclo di cure palliative obbligatorio non convince Pd e Cinquestelle. Ma il pressing delle Regioni, che comprese quelle a trazione leghista sono pronte a farsi la loro legge seguendo l'esempio toscano, sembra aver spianato la strada a una soluzione parlamentare bipartisan. A svelarlo è la pentastellata Maria Domenica Castellone, vice presidente del Senato e firmataria di uno dei disegni di legge in discussione. «Nei colloqui di queste ore il Relatore, Pierantonio Zanettin (FI), ha comunicato ai componenti del Comitato ristretto la volontà di voler presentare per i primi giorni di marzo un testo unificato dei quattro presentati a Palazzo Madama e che l'articolo partirà dai quattro criteri fissati dalla Cor-

te Costituzionale con la sentenza del 2019», rivela la numero due del Senato. Rimarcando come «questa sia una grossa novità, se si considera che nelle 60 audizioni svolte non è mancato chi invece chiedeva un passo indietro rispetto a quei principi», rimarca sempre Castellone. Quindi, se legge nazionale sarà, il suicidio assistito verrà autorizzato in caso di irreversibilità della malattia, presenza di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, capacità di prendere decisioni libere e consapevoli, dipendenza da un sostegno vitale. Fatto non scontato soprattutto quest'ultimo, visto che la Consulta ha ricompreso in questa condizione non solo chi è attaccato a una macchina ma anche i malati che devono sottoporsi a trattamenti invasivi come chemio e radio. Un ampliamento del concetto di sostegno vitale fino a ieri osteggiato da parte degli esponenti di area cattolica.

Per raggiungere l'intesa bi-

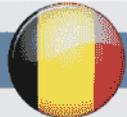
sognerà però vedere cosa si vorrà aggiungere o togliere ai quattro paletti fissati dai giudici costituzionali.

Uno in più ha proposto di piantarlo proprio il relatore Zanetti, ipotizzando un ciclo di cure palliative obbligatorio prima di ricorrere al suicidio assistito. Idea mezzo bocciata dal dem Alfredo Bazoli, anche lui firmatario di un ddl al Senato. «Si può pensare di prevedere che le strutture sanitarie mettano a disposizione le cure palliative prima di avviare la procedura del fine vita ma -precisa- il trattamento non può essere obbligatorio, anche perché sarebbe incostituzionale. Non a caso oggi l'unico obbligo consentito è il Tso per i disturbi psichiatrici gravi, ma a tempo limitato».

Anche per Castellone si tratta di una strada difficilmente percorribile, «sia perché la rete di cure palliative non è ancora presente in tutte le aree del Paese, sia perché alcune pato-

logie, come quelle neurodegenerative che costringono il paziente a vivere attaccato alle macchine, non ne trarrebbero alcun beneficio».

Ma che l'accelerazione verso una legge parlamentare condivisa ci sia stata lo confermano anche le uscite di ieri del vicepresidente della Camera, l'azzurro Giorgio Mulè e del Doge veneto, Luca Zaia. «Forza Italia -afferma il primo- deve andare avanti per la sua strada, che è lastricata di diritti e garanzie. La coscienza ci dice di agire ritenendoci completamente liberi da vincoli di maggioranza», ha aggiunto lanciando un segnale chiaro a Fdi e Lega. Anche se per Zaia «è ora di finirla con le chiacchiere e di fare questa legge, fissando i tempi della risposta da dare alla richiesta del malato e stabilendo chi somministra il farmaco». —



Belgio

Eutanasia legale dal 2003

L'eutanasia è stata legalizzata dal parlamento belga nel 2003. Un sondaggio pubblicato nel 2010 riportò che i morti per eutanasia (rispetto al totale degli altri decessi) erano per lo più giovani, malati di un tumore maligno.



Svizzera

Farmaci letali regolamentati

I farmaci mortali possono essere prescritti in Svizzera sia ad un cittadino residente sia ad uno straniero domiciliato, ma soltanto nei casi in cui il destinatario degli stessi abbia un ruolo attivo nella somministrazione del farmaco



Stati Uniti

Cure mediche diritto al rifiuto

L'eutanasia attiva è del tutto illegale nella maggior parte degli Stati Uniti; il paziente mantiene però sempre il diritto di rifiutare in qualsiasi momento di continuare a ricevere le cure ed il supporto medico così da accelerare il decesso



IL COMMENTO

LA COSTITUZIONE E IL RISPETTO DELLA PERSONA

FILOMENA GALLO



L'adozione della legge sul fine vita in Toscana ha riaperto il dibattito sulle cure palliative. Alcuni ritengono erroneamente che la normativa "crei nuovi diritti", contrapponendo cure del dolore e suicidio assistito, una divisione mai voluta da chi sostiene la legalizzazione dell'eutanasia. La decisione del Consiglio regionale chiarisce gli aspetti amministrativi per rispettare la sentenza Cappato-Antoniani, che consente la morte medicalmente assistita in presenza di quattro condizioni. Né la Consulta né la legge "Liberi Subito" dell'associazione Luca Coscioni pongono limiti alle cure del dolore.

La legge italiana sulle cure palliative ha da poco "festeggiato" i 15 anni. Anche chi ritiene che sia da privilegiare all'autodeterminazione personale con una scelta diversa dal percorso palliativo con sedazione palliativa profonda, denuncia che "ancora molto deve essere fatto" affinché l'offerta terapeutica sia omogenea sul territorio nazionale. La prima riguarda l'adeguatezza degli stanziamenti per

far sì che tanto i posti letto negli hospice quanto i farmaci previsti dalla legge nazionale e dalle norme internazionali siano sempre presenti nelle strutture. Occorre fare informazione pubblica oltre che prevedere corsi di formazione specializzata per il personale medico e paramedico - già dalla specializzazione. Non di rado veniamo raggiunti dalla notizia di difficoltà o ritrosie nella prescrizione della morfina, un farmaco essenziale raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come l'analgesico per eccellenza. In questi ultimi anni alla morfina si sono affiancati oppiacei sintetici come il Fentanyl, la cui possibile diversione nel mercato non medico-scientifico non deve farli rendere difficili da reperire e prescrivere.

In occasione del voto sulla legge sulle cure palliative del 2010, i senatori radicali Marco Perduca e Donatella Poretti presentarono un ordine del giorno, fatto proprio dal governo, che invitava l'Italia a produrre cannabis per, tra gli altri motivi, lenire il dolore. Dal 2015 lo stabilimento farmaceutico militare di Firenze, non senza problemi, produce stabilmente infiorescenze che dal 2019 sono previste anche per la cura del dolore. L'Istituto Superiore di Sanità ha recentemente pubblicato i dati sulle ricette di cannabis terapeutica: 100.000 tra il 2019 e il 2024, età media dei pazienti intorno ai 60 anni, il primo uti-

lizzo delle preparazioni a base di cannabis (78%) è per il dolore cronico, il 20% per l'uso nell'analgesia in patologie con spasticità, come a esempio la sclerosi multipla. Non si tratta di cure palliative, tecnicamente intese, ma forse solo perché non si le si impiegano, come tali.

Da qualche anno in Canada e Svizzera, le fasi finali della vita sono accompagnate con psicoterapie assistite da molecole psichedeliche. Dalla psilocibina all'MDMA, passando per l'LSD, si è visto che anche una sola assunzione al mese può lenire le sofferenze e l'ansia di chi affronta le fasi finali della propria esistenza, magari anche a casa, creando un'alleanza terapeutica che include anche i propri famigliari. In occasione del XII Congresso internazionale dei funghi medicinali del settembre scorso, l'Associazione Luca Coscioni ha lanciato un appello al ministro della Salute Schillaci affinché includa gli psichedelici tra le terapie prescrivibili nell'ambito delle cure palliative e che quelle psicoterapie siano prescrivibili anche come cure compassionevoli.

Non esiste quindi alcuna dicotomia tra la cura del dolore e la scelta consapevole di porre fine alla propria vita.

Le cure palliative sono necessarie ma purtroppo non sufficienti.

Il valore della vita va rispettato per come previsto dall'articolo 32 della nostra Costituzio-

ne che afferma che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario (...)». La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Non a caso la Consulta ha applicato la Costituzione nel rispettare la scelta di Fabiano Antoniani e ha riconosciuto l'aiuto fornito da Cappato come non punibile, fin dal 2018 con l'ordinanza numero 207. Con la sentenza numero 242 del 2019, la Corte ha dichiarato l'incostituzionalità del divieto assoluto di aiuto al suicidio in determinate condizioni verificate dal Servizio sanitario nazionale. Il Servizio sanitario deve accertare le condizioni della persona malata e, nella sua funzione, cooperare con la persona malata perché la Carta costituzionale sancisce che spetta allo Stato rimuovere gli ostacoli all'esercizio delle nostre libertà (articoli 2 e 3 della Costituzione) anche nel fine vita così come anche nel controllo del dolore per evitare sofferenze evitabili. Affinché la libertà di coscienza possa essere affermata occorrono norme che lo consentano, quanto conquistato con la sentenza della Corte costituzionale è molto importante ma non risolutivo. —





Ma gli esami in farmacia sono attendibili?

di **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

Sono davvero attendibili gli esami fatti in farmacia? La promessa è di eseguire analisi non invasive (con risparmio di tempo) con la stessa qualità dei laboratori. Ma gli studi scientifici sui margini di errore ci mettono in guardia. E poi, nessun controllo e nessun vero referto.

a pagina 27

Gli esami in farmacia sono davvero attendibili?

LA PROMESSA È DI FARE ANALISI CON LA QUALITÀ DEI LABORATORI
COSA DICONO INVECE GLI STUDI SCIENTIFICI SUI MARGINI DI ERRORE
LA PROVA SUL CAMPO. NIENTE CONTROLLI E NESSUN VERO REFERTO

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Le farmacie promettono di eseguire esami non invasivi, che fanno risparmiare tempo senza le lunghe attese lontano da casa o dall'ufficio, con la stessa qualità dei risultati di un laboratorio. Parliamo delle analisi per misurare i valori di colesterolo, trigliceridi, glicemia, emoglobina glicata, potassio, transaminasi, creatinina, Proteina C-Reattiva, tempo di protrombina (PT/INR), e persino i 18 parametri dell'emocromo. Nessun ago in vena, le analisi sono eseguite pungendo il polpastrello di un dito da cui viene prelevata una goccia di sangue, poi depositata su una striscia o un dischetto reattivo che viene inserito in uno strumento diagnostico. L'esito è immediato. Ma qual è il livello di attendibilità di questi risultati? Lo vediamo a partire dai tre fattori che lo influenzano: i controlli di qualità prima dell'esecuzione dell'esame, gli strumenti con cui vengono svolte le analisi, il tipo di referto.

Laboratori e farmacie: la procedura

I laboratori di analisi sono sottoposti per legge a un controllo di qualità interno e a uno esterno. Nella pratica significa che ogni mattina, e dove necessario più volte al giorno, viene controllato il buon funzionamento del macchinario che esegue l'esame. Per farlo, viene inserito nello strumento un campione di materiale di cui si conoscono i valori, e poi vengono confrontati con il risultato ottenuto (è sempre ammesso un piccolo margine di errore).



Inoltre, periodicamente, il risultato deve essere confrontato anche con quello di altri laboratori. Una procedura che consente al paziente, qualora si rivolga a strutture differenti, di avere la garanzia che i parametri siano sempre confrontabili. Le farmacie, invece, non hanno alcun obbligo: né sul controllo di qualità dei risultati, né sugli strumenti e le procedure che utilizzano. Di fatto ciò che viene misurato può non corrispondere ai valori che realmente circolano nel sangue.

Gli strumenti di misurazione

I sistemi diagnostici in uso nelle farmacie tecnicamente sono chiamati *Point of care test* (Poct). Hanno il marchio CE, ma difficilmente riescono a garantire la stessa qualità dei risultati delle analisi eseguite in laboratorio. Lo dimostrano i numerosi studi pubblicati a livello internazionale dalla *National Library of Medicine*.

Nella misurazione del «colesterolo cattivo» (Ldl) l'analisi dello stesso campione ha prodotto un risultato di 131 milligrammi per decilitro (mg/dL) in laboratorio, e di 112 con il *Point of care test*: la sottostima media è del 14,5 %, ben superiore al margine di errore ammesso dai laboratori clinici. Nella misurazione del «colesterolo buono» (Hdl) il risultato è di 57 milligrammi per decilitro (mg/dL) in laboratorio contro 49 del *Point of care test*. Sottostima media del 14%, anche in questo caso significativamente superiore alla differenza tollerabile. Su *corriere.it* tutti i documenti in originale.

Per i trigliceridi è stato osservato un valore più alto con il *Point of care test* rispetto al laboratorio, ossia in media 143 milligrammi per decilitro (mg/dL) contro 80 mg/dL: la sovrastima è del 44%. Succede principalmente perché con il prelievo capillare la misura dei trigliceridi può essere falsata dalle tracce di sapone che rimangono sulle mani dopo il lavaggio che deve sempre precedere l'esame, oppure dai residui di una crema protettiva.

Nel caso della creatinina, esame fondamentale per valutare la funzione renale, gli esiti risultano più elevati di oltre il 15%. Per questo esame, inoltre, il problema è che la concentrazione di creatinina è un'informazione clinicamente poco informativa: il va-

Fonte: studi pubblicati sulla National library of medicine

lore deve essere trasformato in volume di filtrato glomerulare, ma questo implica l'utilizzo di una formula (Ckd-Epi) abbastanza complessa, e che può essere gestita dal sistema informatico di laboratorio, ma non dal piccolo strumento Poct.

Nel caso della glicemia (glucosio nel sangue), le linee-guida per la diagnosi di diabete indicano 126 milligrammi per decilitro (mg/dL) come valore-soglia. I laboratori clinici per consentire una diagnosi accurata devono assicurare un margine di errore inferiore al 6,1%. Gli strumenti Poct, invece, hanno un margine di incertezza fra il 15 e il 20%, esponendo al rischio di sovra o sotto diagnosi (falsi positivi e/o falsi negativi).

Nell'esame in laboratorio per conoscere i

livelli di transaminasi (Alt e Ast), che se sono alti segnalano un eventuale danno al fegato, i metodi raccomandati impongono l'aggiunta di piridossal fosfato nel reagente, non previsto nei sistemi usati in farmacia. In questo caso, se il paziente ha un deficit di vitamina B6, il valore dell'esame può risultare falsamente basso.

Potassio: quando i valori sono troppo alti possono provocare alterazioni del ritmo cardiaco. Ebbene, l'esito degli esami può essere falsato se eseguito su sangue capillare, perché il campione può contenere elevati livelli di potassio a seguito della rottura dei globuli rossi durante la puntura del polpastrello. Questo fenomeno, chiamato emolisi, viene riconosciuto dai laboratori clinici, anche visivamente, poiché il campione viene sottoposto prima dell'analisi a centrifugazione separando i globuli rossi dal siero/plasma, mentre i metodi Poct utilizzano sangue intero, che invece impedisce di visualizzare l'emolisi.

La verifica sul campo

Abbiamo fatto una prova diretta facendo un controllo sui livelli di colesterolo: prima in una farmacia del centro di Milano e pochi giorni dopo in un laboratorio analisi pubblico. Ed ecco gli esiti: per la farmacia il colesterolo totale segna 185, il laboratorio indica 205. Il colesterolo cattivo (Ldl) 98, mentre è 131 per il laboratorio, che indica anche il valore target: inferiore a 100. L'esito della farmacia dunque è tranquillizzante, quando nella realtà è consigliabile informare il proprio medico.

E cosa consegna la farmacia? Uno scontrino anonimo, senza la firma dell'operatore sanitario che ha eseguito le analisi e senza i valori di riferimento, o meglio i limiti decisionali e target terapeutici, che permettono di capire se il risultato — ammesso che sia corretto — rientra nei parametri. Un foglietto che non ha alcun valore di referto medico, non è tracciabile, né compare nel fascicolo sanitario elettronico. Costo: 18 euro.

Quello che i pazienti non sanno

Tira le conclusioni Mario Plebani, presidente della Federazione Europea di Medicina di Laboratorio (Eflm) e tra i 100 patologi più influenti al mondo: «Gli esami eseguiti in farmacia possono avere come unico scopo il monitoraggio di parametri già noti per vedere il trend di evoluzione dei valori, ma non certo per decidere la somministrazione o meno di una terapia. Non servono insomma per avere una diagnosi, ed anche nel caso del monitoraggio, l'operatore dovrebbe



e eseguire i controlli di qualità sugli strumenti. Invece le farmacie al momento non sono connesse con i servizi di medicina di laboratorio pubblici, non sono sottoposte a rigorosi controlli e dunque non garantiscono la confrontabilità dei risultati».

Sono sempre di più i cittadini che eseguono a pagamento questi tipi di esami nelle farmacie, ma difficilmente vengono informati sull'affidabilità delle analisi. Anzi, solitamente viene fatto credere loro il contrario. E ora Federfarma, ben rappresentata in Parlamento e presso il ministero della Salute nella figura del sottosegretario Marcello Gemmato, aspira a eseguire tutti gli esami sopra citati e dall'esito incerto, pure con la prescrizione medica, in modo che vengano rimborsate dal servizio sanitario nazio-

nale (vedi il Dataroom del maggio 2024). Sarebbe auspicabile un intervento del ministro della Salute per passare dall'attuale *de-regulation* a sistemi che garantiscano al cittadino qualità e sicurezza degli esami ovunque essi vengano eseguiti. Finora ciò è affidato solo all'iniziativa delle Regioni, prima su tutte la Lombardia che con una delibera del 18 novembre 2024 pone allo stato attuale le farmacie fuori dal perimetro della Medicina di laboratorio. Come a marcare bene la differenza.

Dataroom@corriere.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA

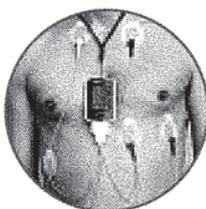
Gli esami eseguiti in farmacia a pagamento



Colesterolo Totale
Colesterolo HDL e LDL, Trigliceridi



Controllo della pressione
Pressione Arteriosa
Holter Pressorio

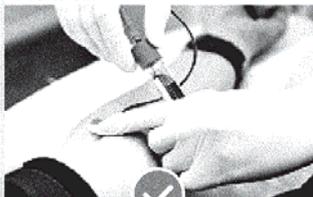


ECG
Elettrocardiogramma,
Holter ECG

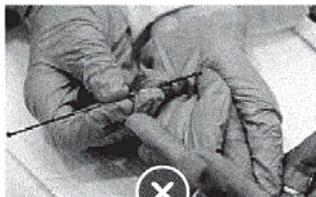


- Emoglobina glicata**
Glucosio medio calcolato
- Emocromo completo**
18 parametri
- PT/INR**
Tempo di protrombina
- PCR**
Proteina C-Reattiva
- Profilo glicemico**
Emoglobina glicata e glicemia

I controlli

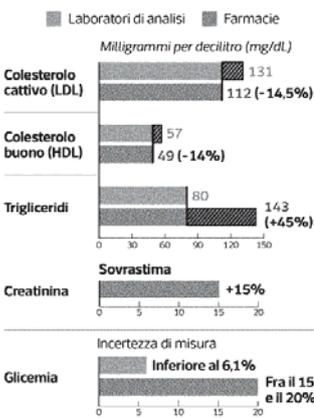


LABORATORI DI ANALISI
Per legge devono verificare ogni giorno l'attendibilità dei risultati e confrontare i propri risultati con quelli di altri laboratori



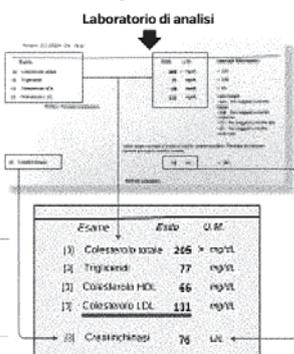
FARMACIE
Non hanno obblighi, né sul controllo degli strumenti, né sulle procedure di controllo di qualità dei risultati

I risultati

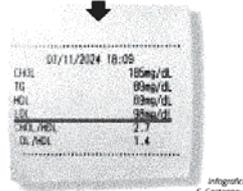


La prova pratica

Valore target del colesterolo è sotto 100
L'esito della farmacia è tranquillizzante quando invece è meglio rivolgersi al medico



Farmacia di Milano



- Transaminasi (ALT e AST)**
 - Impongono l'aggiunta di piridossal fosfato
 - Non previsto in farmacia

In caso di deficit di vitamina B6, il valore può risultare falsamente basso
- Potassio**
 - Il campione viene centrifugato prima dell'analisi, separando i globuli rossi dal siero/plasma
 - Utilizzano sangue intero che impedisce di visualizzare l'emolisi

Fonte: studi pubblicati sulla National library of medicine

DATAROOM



Corriere.it
Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism



«C'è un nuovo coronavirus» Ma nessun caso sull'uomo

► In un laboratorio di Wuhan individuato un virus che infetta i pipistrelli. L'epidemiologo Rezza: «Se necessario si può produrre un vaccino, ma per ora preoccupa di più l'aviarica»

IL FOCUS

ROMA Coronavirus, Wuhan, pipistrello, spillover. Messe in fila, a cinque anni dal primo paziente Covid di Codogno, queste parole che rimbalzano dalla Cina alimentano l'inquietudine. Un team cinese ha annunciato di avere scoperto un nuovo ceppo di coronavirus, in un pipistrello, con la capacità di infettare l'uomo. Si chiama HKU5-CoV-2 e può utilizzare l'Ace2 (la proteina) del pipistrello ma anche l'Ace2 dell'uomo e di altri mammiferi. Lo studio è stato condotto nel laboratorio di Guangzhou, in collaborazione con la Guangzhou Academy of Sciences, la Wuhan University e il Wuhan Institute of virology. Alla guida della ricerca la dottoressa She Zhengli, importante virologa, conosciuta come "batwoman" per le ricerche sui pipistrelli nell'istituto di Wuhan, la megalopoli dove partì la diffusione del Covid.

CHI È STATO CONTAGIATO?

Ma ci sono già i primi contagiati? «No - osserva il professor Gianni Rezza, epidemiologo e professore straordinario di Igiene all'università Vita-Salute San Raffaele di Milano. - Al momento, ciò che sappiamo è che questi ricercatori sono stati bravi a individuare un coronavirus che potenzialmente può trasmettersi all'uomo. Ma questo non significa che ciò avverrà.

Sappiamo che esistono molti coronavirus nel mondo animale ed è giusto vigilare. E chi cerca trova». L'articolo pubblicato sulla rivista Cell spiega che in laboratorio è stato «scoperto e isolato un nuovo ceppo di HKU5-CoV (lineage 2) che può utilizzare il recettore Ace2 dei pipistrelli, ma anche degli essere umani e di molti altri mammiferi». Il virus HKU5 non è nuovo: per la prima volta fu identificato in un pipistrello giapponese a Hong Kong. Appartiene al sottogenere merbecovirus, stesso della Mers. I ricercatori hanno scoperto che quando il virus viene isolato da campioni di pipistrelli, può infettare «sia cellule umane sia masse di cellule o tessuti coltivati artificialmente che assomigliano a organi respiratori o intestinali miniaturizzati».

CHE COS'È LO SPILLOVER?

Può essere utile la definizione della Fondazione Veronesi: «Il salto di specie (in inglese «spillover») è un processo naturale per cui un patogeno degli animali evolve e diventa in grado di infettare, riprodursi e trasmettersi all'interno della specie umana. Nel caso dei virus, che sono i patogeni più comuni nelle zoonosi, si tratta sempre di un cambiamento nei loro geni». È quello che è avvenuto con Sars-CoV-2, anche se sulla sua origine il dibattito è ancora aperto. Spiega il professor Rezza: «Non è scontato che per questo nuovo virus possa avvenire il salto di specie. Allo stesso modo può succedere per altri che non

abbiamo ancora individuato. Ma non significa che poi ci sarebbe una rapida trasmissione. Abbiamo già avuto passaggi di specie per l'influenza aviaria, e anche se questo virus non ha imparato a trasmettersi da persona a persona, al momento mi preoccupa di più rispetto al coronavirus identificato ora in Cina». Secondo i ricercatori, inoltre, l'efficacia di trasmissione di HKU5-CoV-2 sarebbe inferiore a quella di Sars-CoV-2. «Risultasse necessario - osserva Rezza - non sarebbe così difficile adattare i vaccini mRNA già esistenti, il problema semmai sarebbe la produzione di massa. Ma nulla al momento fa pensare che sarà necessario».

QUANTO È PROBABILE IL CONTAGIO?

Carlo Federico Perno, direttore dell'Unità Operativa di Microbiologia e Diagnostica di immunologia dell'Irccs Bambino Gesù di Roma, ricorda: «Questa scoperta conferma che i coronavirus non finiranno di stupirci. Dobbiamo essere pronti. Ce ne sono centinaia e di tantissimi tipi. Inoltre, abbiamo conferma che i pipistrelli continuano a essere i naturali ospiti di moltissimi virus. Compresi i coronavirus. Il nuovo virus, che appartiene alla famiglia della Mers, è in grado di entrare nelle cellule umane attraverso un recettore che è lo stesso usato da Sars-CoV-2. In vitro è stato osservato che può infettare le cellule dell'apparato umano. Ma ripetiamolo: nessun essere umano è stato infettato e la possibilità che questo agente si diffonda è legata al verificarsi di una successione di eventi che sono teoricamente possibili, ma che hanno basse probabilità di realizzarsi».

Mauro Evangelisti





Servizio Ricerca

Ambiente e stile di vita contano circa 10 volte più dei geni per la nostra salute e longevità

Uno studio su Nature Medicine dimostra che i fattori ambientali svolgono un ruolo più importante nella longevità rispetto alla genetica

di Francesca Cerati

22 febbraio 2025

I nostri geni non determinano il nostro futuro. L'effetto combinato del nostro stile di vita e dell'ambiente in cui viviamo può avere infatti un impatto significativo sulla nostra salute e longevità, addirittura maggiore rispetto ai nostri geni, secondo un nuovo studio pubblicato su Nature Medicine. In pratica, i fattori ambientali, tra cui le scelte e le condizioni di vita, sono circa 10 volte più importanti della genetica quando si tratta di invecchiamento sano e morte precoce. E questo, potenzialmente, dovrebbe significare che è possibile intervenire su questi fattori per vivere una vita più sana e più lunga.

Il "codice postale" vs il "codice genetico"

Insomma, il luogo in cui viviamo, ciò che mangiamo, l'inquinamento che respiriamo e le cure che riceviamo, tutti fattori determinati dal nostro "codice postale", hanno un impatto sulla nostra salute quanto quello del nostro codice genetico.

Cosa dice lo studio

In sintesi, lo studio identifica che i fattori ambientali tra cui il fumo, l'attività fisica, l'obesità, lo stato socioeconomico e l'etnia sono più importanti dei fattori genetici per le malattie del cuore, dei polmoni, del fegato e dei reni. Mentre, per malattie come il cancro e la demenza, i fattori genetici sembrano spiegare maggiormente la loro insorgenza.

La ricerca è stata condotta dai ricercatori dell'Università di Oxford su quasi mezzo milione di persone nel Regno Unito, nell'ambito della UK Biobank, uno dei più grandi database di dati sanitari, per identificare i fattori di morte prematura e delle principali malattie legate all'età.

L'obiettivo era valutare l'influenza di 164 diversi fattori ambientali e punteggi di rischio genetico per 22 malattie comuni (come obesità, ipertensione e dislipidemia), utilizzando anche le proteine del sangue per misurare l'invecchiamento biologico.

I risultati

Presi insieme, l'età, il sesso e i fattori ambientali – noti come esposoma – spiegano circa il 66% dei rischi di mortalità. I fattori ambientali spiegano il 17% della variazione del rischio di morte, rispetto al solo 2% dovuto alla genetica. I fattori ambientali più impattanti sono il fumo e i fattori socioeconomici (reddito, occupazione), seguiti da mancanza di attività fisica e cattive condizioni di

vita. Sono stati identificati 25 fattori ambientali chiave, tra cui livello di istruzione, sonno, supporto sociale, benessere mentale e peso corporeo nell'infanzia.

Il fumo è associato a 21 delle malattie studiate, i fattori socioeconomici a 19 e la mancanza di attività fisica a 17. L'esposizione precoce a questi fattori, come il fumo materno durante la gravidanza, ha un impatto significativo sull'invecchiamento e sulla mortalità.

L'importanza della genetica e dei fattori ambientali differiva quando si trattava di problemi di salute specifici. Lo studio ha infatti evidenziato che le esposizioni ambientali hanno avuto un effetto maggiore sulle malattie del cuore, dei polmoni e del fegato rispetto alla predisposizione genetica. Per contro i rischi genetici erano un fattore dominante in caso di demenza e tumori al seno, alla prostata e al colon-retto.

Limiti dello studio e implicazioni

Come tutti gli studi osservazionali, non stabilisce cause-effetto, ma solo correlazioni. Sicuramente, però, questo studio è un passo avanti fondamentale nella comprensione del ruolo, del peso e del contributo che hanno la genetica e l'ambiente in varie malattie.

Detto questo, lo studio ha diversi limiti: i risultati potrebbero essere diversi in altri paesi, così come la presenza di altri fattori che non sono stati inclusi nello studio potrebbero incidere sulla salute, come ha sottolineato Austin Argenti, primo autore dello studio, ricercatore presso l'Unità di Genetica Analitica e Traslazionale del Massachusetts General Hospital e docente all'Harvard Medical School: «L'esposoma è davvero un concetto specifico del contesto e sono quindi necessari ulteriori studi in altri luoghi del mondo per capire cosa è importante e dove».

Non solo. La popolazione della UK Biobank non è tipica della popolazione generale del Regno Unito e le esposizioni sono state tutte misurate in un solo momento, cioè quando le persone sono entrate per la prima volta nello studio UK Biobank. Pertanto, commenta Kevin McConway, professore emerito di statistica applicata presso la Open University: «questi risultati non possono, ad esempio, esaminare l'impatto sulla cattiva salute se qualcuno smette di fumare, o diventa più ricco, o cambia alimentazione. Così come le esposizioni precoci alla nascita, definite come importanti, sono state registrate sulla base di ciò che le persone ricordavano, ma non sono poi state effettivamente seguite nel tempo».

«Sarebbe facile - aggiunge McConway - liquidare questa nuova ricerca dicendo che, se si vuole essere in salute in età avanzata, è necessario smettere di fumare, fare un po' di esercizio fisico e non essere poveri. Questo lo sapevamo già. A mio avviso, la scoperta importante è che si ottiene di più osservando diversi aspetti ambientali, ma ciò richiede un'attenta analisi statistica, in cui includere tutti gli aspetti che questo studio non ha potuto fare».

Nonostante i limiti, lo studio evidenzia l'importanza dei fattori ambientali e offre una tabella di marcia per interventi politici mirati a migliorare la salute pubblica, suggerendo che gli investimenti nella ricerca genetica sono importanti per malattie come il cancro e la demenza, mentre gli interventi sui fattori ambientali sono cruciali per malattie cardiovascolari, polmonari ed epatiche. Insomma, lo studio sottolinea che non siamo prigionieri dei nostri geni e che possiamo agire per una vita più sana.

Servizio Neurotecnologia

Afasia, il decoder cerebrale che permette di comunicare

All'Università del Texas hanno sperimentato un traduttore personalizzato del pensiero basato sull'intelligenza artificiale per chi non riesce a esprimersi

di Federico Mereta

21 febbraio 2025

Un traduttore personalizzato del pensiero, basato sull'intelligenza artificiale, come potenziale futura soluzione per chi soffre di afasia. Non in tutti i casi, ovviamente, ma solo in alcune condizioni neurologiche in cui i pensieri fluiscono a dovere ma le parole no. L'ipotesi (di questo stiamo parlando, visto che l'applicazione è ancora lontana) di un decoder su misura per ogni individuo non è peregrina, anche se siamo solo all'inizio.

Lo dimostra una ricerca condotta da esperti dell'Università del Texas ad Austin condotta da Jerry Tang e Alex Huth, pubblicata su *Current Biology* e condotta, va sottolineato, su volontari sani. A creare interesse sono anche le particolari modalità di apprendimento da parte del sistema intelligente, che impiegherebbe solo un'ora a fare propri i modelli unici dell'attività cerebrale della persona in esame. In un tempo così breve, in teoria, si potrebbe "educare" il dispositivo a tradurre in testo continuo i pensieri, anche se magari la persona che lo utilizza non comprendere le parole che emette. Insomma: un'interfaccia cervello-computer in futuro potrebbe diventare un valido strumento di comunicazione verbale. «Essere in grado di accedere a rappresentazioni semantiche usando sia il linguaggio che la vista apre nuove porte alla neurotecnologia, specialmente per le persone che hanno difficoltà a produrre e comprendere il linguaggio» – spiega in una nota dell'ateneo lo stesso Tang, che lavora nel laboratorio di Huth.

Come funziona il sistema

Tutto nasce da studi precedenti che sono riusciti ad addestrare un intero sistema, compreso un modello di trasformatore simile a quello utilizzato da ChatGpt, in modo da tradurre quanto avviene nel cervello in testo. In questo modo si era già visto che questo decodificatore poteva produrre un testo fluente sia se la persona stava ascoltando un audio sia se osservava un video muto. Problema tecnico: per "insegnare" al decoder erano necessarie molte ore all'interno di una risonanza magnetica funzionale, immobili. Ora la situazione è migliorata. Gli studiosi hanno infatti messo a punto modalità di apprendimento del sistema che si realizzano solo in un'ora per ogni persona. Occorre sempre rimanere all'interno dello scanner per un'ora e guardare brevi video muti. Poi, grazie a un particolare algoritmo di conversione che impara a mappare l'attività cerebrale di una persona sul cervello di qualcuno la cui attività è stata precedentemente utilizzata per addestrare specificamente per la persona che ha bisogno.

Pensieri e parole

Insomma, ciò che pensiamo va oltre le capacità di linguaggio. Come conferma Huth nella nota dell'Università, «ci sarebbe una profonda sovrapposizione tra ciò che accade nel cervello quando ascolti qualcuno che ti racconta una storia e ciò che accade nel cervello quando guardi un video che racconta una storia. Il nostro cervello tratta entrambi i tipi di storia come se fossero la stessa cosa. Ci dice anche che ciò che stiamo decodificando non è in realtà linguaggio. Si tratta di rappresentazioni di qualcosa al di sopra del livello del linguaggio che non sono legate alla modalità dell'input».

Ovviamente, perché tutto funzioni, occorre la volontà dell'individuo. E questa è una variabile fondamentale visto che in caso di resistenza da parte di chi deve "tradurre" il pensiero in parole e magari si lascia andare ad altre riflessioni, tutto si blocca. Le speranze però ci sono. Almeno nelle analisi effettuate su modelli di lesioni cerebrali che conducono ad afasia, il decodificatore è stato comunque in grado di tradurre in testo continuo la storia che stavano percependo. Insomma, c'è da fare molto. Ma la strada è davvero affascinante.

L'afasia non è sempre uguale

Nel sistema nervoso, e in particolare nel cervello, ci sono aree deputate alla elaborazione e formulazione del linguaggio. Sono l'area di Broca, che si trova alla base della terza circonvoluzione frontale sinistra (il suo ruolo è particolarmente importante per la elaborazione della parte motoria del linguaggio) e l'area di Wernicke, che si localizza nella parte posteriore della circonvoluzione temporale superiore sinistra. Il suo compito è aiutarci a comprendere. Ci possono essere afasie di tipo diverso, quindi non parliamo di un quadro unico. A volte si compromette soprattutto la possibilità di esprimersi e parlare correttamente ma si riesce comunque a capire cosa stanno dicendo gli altri perché il danno è sostanzialmente motorio: in questo caso si parla di afasia motoria di Broca. In altre situazioni ci può essere invece una maggior compromissione della comprensione del linguaggio, come accade nell'afasia sensoriale di Wernicke. In tutti i casi l'afasia è un disturbo del linguaggio causato da lesioni in particolari aree della corteccia cerebrale dell'emisfero dominante (prevalentemente il sinistro), sede della funzione del linguaggio. Ma non si manifesta ugualmente per tutti, ad esempio dopo un ictus. Ci sono afasici che possono comprendere il linguaggio ma purtroppo non riescono ad esprimersi a parole. Altri invece hanno difficoltà a capire ciò che viene detto loro. In tutti i casi, ricordiamo che chi fa i conti con l'afasia può comunque essere in difficoltà se ascolta chi parla velocemente o chi pronuncia frasi lunghe e complesse. Soprattutto, in certi casi, si fa fatica ad emettere le parole giuste. E per questi ultimi soggetti, forse, il decoder basato sull'AI potrebbe in futuro essere di grande aiuto.



Servizio Intelligenza artificiale

Ecco la ChatGpt che scrive sequenze di Dna e scopre geni: troverà farmaci su misura

Evo 2 è il più potente modello di IA nel campo della biologia istruito su 128mila genomi.

di Redazione Salute

21 febbraio 2025

Può generare sequenze di Dna su misura per malattie specifiche o riconoscere geni finora sconosciuti: è Evo 2, il più potente modello di Intelligenza Artificiale nel campo della biologia, istruito su 128mila genomi. Una svolta nella ricerca e nell'applicazione dell'IA che apre le porte di fatto alla cosiddetta biologia generativa, ossia alla possibilità di modificare o ideare nuove sequenze di Dna grazie proprio all'Intelligenza artificiale.

Evo 2 è stato sviluppato da Nvidia in collaborazione con Arc Institute e Università di Stanford e rappresenta una rivoluzione nell'applicazione delle architetture di deep learning alla biologia molecolare. In pratica si tratta di un'intelligenza artificiale che non solo è in grado di leggere il codice della vita, ma addirittura di scriverlo da zero. Le sue applicazioni saranno al momento utili soprattutto per creare terapie e medicinali su misura. Evo 2 è una tecnologia accessibile attraverso la piattaforma Nvidia BioNeMo.

Evo 2 è stata addestrata con 9 miliardi di lettere genetiche e 128mila genomi

Pubblicato su GitHub, Evo 2 è accessibile liberamente ed è stato sviluppato dai ricercatori dell'Istituto Arc in California, in collaborazione con le Università di Stanford, Berkeley, San Francisco e l'azienda Nvidia. Evo 2 è un modello per molti versi simile ai modelli linguistici come ChatGpt ma mentre questi ultimi erano stati addestrati a parlare dopo l'analisi di miliardi di testi scritti dagli umani, a Evo 2 sono stati mostrati i codici genetici. Ben 9mila miliardi di lettere genetiche, di 128mila genomi di una gran varietà di esseri viventi, che hanno permesso a Evo 2 di ricercare schemi interni e combinazioni all'interno delle sequenze genetiche fino ad arrivare alla capacità di scrivere nuove sequenze di Dna. Evo 2 ha già a esempio dimostrato un tasso di accuratezza del 90% nell'identificare mutazioni pericolose del gene Brca1, che è cruciale per la ricerca sul cancro al seno.

Le applicazioni: dai farmaci su misura al cambiamento climatico

Questo strumento potrebbe diventare capace di progettare trattamenti o farmaci su misura: "Se ad esempio ti serve attivare una risposta genetica solo all'interno dei neuroni o solo nelle cellule del fegato potresti disegnare un elemento capace di accedere solo in quelle cellule specifiche", da detto Hani Goodarzi, uno degli autori dell'Università della California. Evo 2, spiegano gli stessi autori, potrebbe diventare una sorta di piattaforma comune su cui poter addestrare modelli di Intelligenza artificiale più piccoli e specifici.

potrebbe diventare una sorta piattaforma comune su cui poter addestrare modelli di Intelligenza artificiale più piccoli e specifici.

Uno strumento dalle grandi potenzialità ma per evitare che possa essere usato in modo malevolo è stato anche addestrato a non fornire informazioni relative a usi di possibili patogeni dell'uomo. "Mentre continuiamo a perfezionare il modello - ha detto il responsabile tecnologico di Arc, Dave Burke - i ricercatori stanno iniziando a usarlo in modi creativi, ci aspettiamo di vedere usi benefici di Evo 2 che non avevamo ancora nemmeno immaginato". Sotto la lente anche lo sviluppo di coltivazioni più resistenti contro i cambiamenti climatici oltre a promuovere soluzioni innovative per l'inquinamento.



Servizio Aism

Sclerosi multipla: al via il Progetto SMood per una vita oltre la patologia

L'obiettivo è garantire una presa in carico multidisciplinare del paziente basata sulle logiche del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale

di Paolo Castiglia

21 febbraio 2025

Rafforzare la rete Aism (Associazione italiana sclerosi multipla) per migliorare il supporto ai pazienti e il collegamento con i servizi territoriali, coinvolgere gli operatori sanitari e sociali per una piena attuazione dei Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta). E ancora: favorire la partecipazione attiva delle persone con sclerosi multipla e dei caregiver nella rete dei servizi.

Sono gli obiettivi del progetto SMood, presentato a Siena dall'Asl Toscana Sud Est e da Aism, che mira a garantire alle persone che ne sono affette un percorso di vita personale pieno oltre a una presa in carico multidisciplinare.

Formazione ai pazienti e supporto ai caregiver

Le azioni messe in campo con questo progetto sono: la formazione rivolta a persone con sclerosi multipla e ai caregiver, il confronto con gli operatori sanitari e sociali per migliorare l'applicazione dei Pdta, lo sviluppo dello sportello di accoglienza Aism per raccogliere i bisogni dei pazienti e il coinvolgimento delle Società della salute e Zone Distretto per integrare i servizi sanitari e sociali.

Hanno partecipato alla presentazione del progetto SMood, tra gli altri, Mario Alberto Battaglia, direttore generale Aism e presidente della Federazione Internazionale Sclerosi Multipla, la direttrice sanitaria dell'Asl Toscana Sud Est, Assunta De Luca, e la direttrice dell'Area dipartimentale Innovazione e sviluppo Maria Giovanna D'Amato.

“Fondamentale l'azione in rete delle istituzioni, dei centri clinici, dei servizi ed insieme dell'Associazione italiana sclerosi multipla, che è associazione delle persone coinvolte nella sclerosi multipla, per una piena attuazione del diritto alla salute – ha spiegato Mario Alberto Battaglia. - Il Pdta è uno strumento di diritti che vanno resi concreti ancor di più oggi che, a seguito della nuova legge della disabilità, il progetto di vita e il Pdta devono essere insieme la risposta alla persona per vivere pienamente la propria vita oltre la malattia”.

Asl Toscana Sud Est in campo con Aism

“La collaborazione tra l'Azienda e Aism prosegue ormai da diversi anni, essendo sempre proficua e costruttiva, - commenta De Luca. - L'esigenza, quindi, è quella di valorizzare il rapporto tra Aism, la Direzione Asl Toscana Sud Est, i Centri clinici Sm di Siena, Arezzo e Grosseto, oltre ai servizi territoriali che hanno contribuito alla elaborazione del Pdta, per sostenere l'avvio di un percorso di

piena attuazione dello stesso, sviluppandone anche la parte sociale e la partecipazione consapevole e proattiva dei cittadini con sclerosi multipla”.

Garantire piena inclusione contro ogni discriminazione

“Il progetto mira a garantire una presa in carico multidisciplinare delle persone con sclerosi multipla, basata sulle logiche del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - ha spiegato infine la direttrice dell’Area dipartimentale Innovazione e sviluppo dell’Asl Tse, D’Amato -. Per garantire una piena inclusione e il contrasto ad ogni discriminazione è fondamentale che la persona con sclerosi multipla possa contare su una rete di presa in carico, multiprofessionale e governata dalle logiche organizzative del Pdta, che sia in grado di sostenere e proiettare il progetto di vita personale oltre la condizione di patologia e le disabilità”.

STRUTTURE SANITARIE Valanga di ricorsi

Alzheimer, boom di rette non pagate in Rsa È la rivolta delle famiglie dopo la Cassazione

La sentenza: «I costi del malato siano a carico del Ssn»

Altieri (cooperativa Proges): «Ora caos, intervenga lo Stato»

Cristina Bassi

Milano Una pioggia di ricorsi, di famiglie che hanno smesso di pagare la retta e un sistema assistenziale che rischia di saltare. Ecco la conseguenza, potenzialmente esplosiva, della recente sentenza della Cassazione che ha stabilito che per i malati di Alzheimer in Rsa il canone deve essere interamente a carico del Sistema sanitario e non pesare sulle famiglie. Una pronuncia arrivata dopo la battaglia legale di Marco Gaito, milanese che aveva una madre in quella situazione, seguito dall'avvocato Giovanni Franchi.

Proges è la cooperativa emiliana che era controparte nella causa. Ma è anche l'ente che gestisce una quarantina di strutture socio assistenziali in molte regioni d'Italia, per un totale di 3mila posti letto. Il dg, Francesco Altieri, spiega come la sentenza abbia aperto una voragine a livello nazionale. «In circa tre settimane i ricorsi delle famiglie che non vogliono più pagare sono raddoppiati. E credo che stia succedendo anche agli altri gestori di case di riposo». Il punto è dolente, se si pensa che la popolazione invecchia sempre di

più e la domanda di assistenza per i malati di Alzheimer è crescente. Si tratta di un cambiamento rilevante, che comporta carichi sanitari sempre più gravosi. Questi malati arrivano in Rsa, quando le condizioni si aggravano e richiedono risposte specializzate, con cure e figure professionali molto diverse da quelle sufficienti fino a dieci anni fa. «Noi non facciamo altro che applicare le leggi - continua Altieri -, proprio per questo rivendichiamo regole chiare». La Cassazione dichiara che in questi casi cure sanitarie e cure socioassistenziali sono inscindibili, da qui le spesa a carico dello Stato. «Tuttavia non lo dice una legge e non c'è giurisprudenza in tal senso». Così le strutture rimangono con il classico cerino in mano. Con le famiglie che tra l'altro chiedono la restituzione delle rette già corrisposte. Chi paga la Rsa? Se lo Stato non interviene, rischiano di dover ridurre i servizi, di licenziare personale o anche di chiudere. «Nel 2016 - racconta il dg di Proges - sono partite le prime cause. Quasi sempre abbiamo avuto ragione in primo grado e in Appello, ma poi la Suprema corte ha ribaltato tutto. Ha un orientamento opposto a quello fin qui consolidato». Nelle Rsa infatti le cure socioassistenziali

sono di solito prevalenti e sono la fetta a carico delle famiglie. Ora arriva una svolta, il cui peso economico è enorme. Un recente studio della Bocconi dimostra che la spesa conseguente ai risarcimenti sanciti dalla Cassazione, se il principio si estende a tutti i pazienti affetti da demenza, ammonterebbe 3 miliardi di euro. «È una cifra certamente non sostenibile e si pone quindi un tema di tenuta ed equità del sistema», sottolinea l'analisi dell'Ateneo. Che cita il cosiddetto «paradosso di Birmingham», città inglese dove un risarcimento *mostre* ad alcune dipendenti che hanno vinto una causa per discriminazione salariale ha portato a un aumento delle tasse, a un taglio ai servizi per i cittadini e al crac delle casse comunali. Tornando alle Rsa: le associazioni di categoria hanno già scritto al ministro della Salute Orazio Schillaci. Conclude Altieri: «Siamo davanti a un fenomeno che deve essere governato, per non compromettere un delicato equilibrio. Si rischia di ottenere l'opposto di ciò che la Cassazione vuole tutelare, cioè a cure e servizi solo per pochi. Sono poi in pericolo la fiducia e il "patto di cura" che abbiamo con le famiglie, cui noi teniamo molto».



NELLE RSA
Una recente sentenza della Cassazione ha stabilito che il canone delle residenze per anziani dei malati di Alzheimer deve essere a carico del servizio sanitario



“Condizioni ancora critiche e lieve insufficienza renale” ma il Papa resta vigile

Nuova patologia rilevata dai medici: “Al momento è sotto controllo”. Si attenua l’anemia. Superate le crisi respiratorie anche se ha bisogno di ossigeno. La prognosi resta riservata

di **Iacopo Scaramuzzi**

CITTÀ DEL VATICANO – Le condizioni restano «critiche», spunta anche una insufficienza renale, sebbene «lieve» e «sotto controllo». L’anemia però è stata ribilanciata dalle trasfusioni, e grazie anche all’ausilio persistente dell’ossigenazione artificiale, non vi è stata più una crisi respiratoria come quella di sabato mattina. Papa Francesco rimane in «prognosi riservata», o, come hanno detto i medici che lo hanno in cura, «non è fuori pericolo». È ancora sul crinale, il quadro clinico ancora complesso, il rischio di scompensi non è sventato, terapie e esami continuano con scrupolosità, ma la situazione non è precipitata, anzi. Il bollettino medico diramato ieri ha fatto – quasi – tirare un sospiro di sollievo in Vaticano: ci voleva poco, dopo la botta delle brutte notizie del giorno prima, ma non era neppure scontato.

«Le condizioni del Santo Padre permangono critiche», ha reso noto la sala stampa della Santa Sede, «tuttavia da ieri sera non ha presentato ulteriori crisi respiratorie». Non solo. Il giorno prima le analisi del sangue avevano rilevato un doppio problema, calo di piastrine e una lieve anemia, e le trasfusioni di «due unità di emazie concentrate» di sabato stesso hanno determinato un «beneficio» e la «risalita del valore di emoglobina». Le piastrine rimangono a livello più basso del dovuto (la

«piastrinopenia» è rimasta «stabile»), e non è chiaro se il problema è legato alle terapie alle quali è sottoposto il Papa, ma quella dell’emoglobina risalita è una buona notizia.

La cattiva notizia, anche se il comunicato ufficiale non la chiama così e la circoscrive, è che «tuttavia alcuni esami sanguigni dimostrano una iniziale, lieve, insufficienza renale, allo stato sotto controllo». Dopo la crisi respiratoria di sabato, ad ogni modo, «prosegue l’ossigenoterapia ad alti flussi attraverso le cannule nasali», ossia i metodi di ossigenazione artificiale che aiutano il Papa a respirare. Il bollettino non fa riferimento alla febbre, che dovrebbe dunque essere assente, e anche questo è buon segno, così come il fatto che «il Santo Padre continua a essere vigile e ben orientato». Ma «la complessità del quadro clinico, e l’attesa necessaria affinché le terapie farmacologiche possano dare qualche riscontro, impongono che la prognosi resti riservata».

Il fantasma che gli stessi medici hanno indicato come il principale timore per ora non si è materializzato. Nella conferenza stampa che hanno tenuto venerdì, Sergio Alfieri del Gemelli e Luigi Carbo-



ne del Vaticano hanno indicato nella sepsi il pericolo che corrono pazienti come papa Francesco: il «vero rischio» è che i germi che hanno infettato i polmoni «passino nel sangue», ha spiegato Alfieri, perché «se per sciagura» si verificasse questa eventualità «ci sarebbe una sepsi». Fortuna che ad oggi, questi germi «nel sangue non ci sono». E dalla descrizione dei bollettini di questi ultimi due giorni sembra che questa «sciagura» continui ad essere evitata.

La comunicazione ufficiale del Vaticano fin dalla mattina era stata prudente. La notte tra sabato e domenica era «trascorsa tranquil-

la» e il Papa aveva «riposato». Nessun accenno né alla colazione né alla lettura dei giornali, che probabilmente il Papa ieri, a differenza dei giorni precedenti, non ha fatto. D'altra parte il Vaticano ha informato in serata che, nel corso della mattinata di ieri, Bergoglio «ha partecipato alla Santa Messa, insieme a quanti in questi giorni di degenza si prendono cura di lui» nella cappellina che si trova al decimo piano del Gemelli, nell'appartamento papale, poco lontano della sua stanza. È la prima volta da quando è ricoverato che Francesco, evidentemente mobile, partecipa alla messa. Buone no-

tizie e cattive notizie, qualche complicazione in più, qualche passo avanti: il quadro rimane fluido, ci vorranno ancora giorni per capire se il Papapotrà essere dichiarato fuori pericolo.

Al Gemelli
Palloncini a forma di cuore portati dai fedeli, sotto le finestre di Bergoglio e davanti alla statua di Wojtyła



«Dietro il problema ai reni potrebbe esserci una sepsi Decisive le prossime ore»

Donati, anestesista: il respiro va meglio, questo è un buon segno

di **Margherita De Bac**

ROMA La vita del Pontefice dipende da cosa succederà nelle prossime ore. Sono i giorni più difficili, ancora molto pericolosi. È come se camminasse lungo un crinale.

«È un buon segno che non abbia avuto crisi respiratorie e che il valore dell'emoglobina, la cui mancanza causa anemia, sia risalito con le trasfusioni. Uno dei motivi della riduzione di globuli rossi è la frequenza con cui sono effettuati i prelievi di sangue, necessari per controllare un paziente», commenta l'ultimo bollettino di ieri sera Abele Donati, direttore della clinica di anestesia e rianimazione dell'Azienda ospedaliera universitaria delle Marche, professore ordinario al Politecnico di Ancona. A marzo del 2019 un Bergoglio ancora in

forma si recò in visita a Loreto: «Non ci andai. Il santuario è spesso meta dei papi. Wojtyła è venuto almeno due volte».

Professor Donati, è comparsa una lieve insufficienza renale, è grave?

«Potrebbe segnalare la presenza di una sepsi in fase iniziale. È la risposta dell'organismo a un'infezione in atto, in questo caso ai due polmoni. Il sistema immunitario per difendersi produce sostanze la cui diffusione provoca malfunzionamento di organi e apparati».

Quali sono le cure? Il bollettino di ieri sera dichiara che si è in attesa che le terapie farmacologiche «diano qualche riscontro». Quindi ancora non si osservano benefici?

«L'infezione va controllata con gli antibiotici. È necessario poi supportare gli organi sofferenti. Per sostenere i polmoni viene infatti utilizzata l'ossigenoterapia ad alti flussi,

una miscela di ossigeno e aria immessa da una macchina».

Gli organi che vanno in sofferenza a causa di una anomala difesa del sistema immunitario vengono danneggiati?

«No. Quando l'infezione finisce, come speriamo avvenga, gli organi riprendono a funzionare normalmente senza risentirne. Tornano come prima a differenza di quello che succede per altri tipi di malattie».

Lei crede che possa esserci una ripresa?

«Se le cure sono giuste, e non ho dubbi vista la levatura dei colleghi del Gemelli, la situazione può essere reversibile. Non disponiamo però di ulteriori elementi di valutazione che solo chi segue da vicino il Pontefice può possedere».

L'età è un elemento a sfavore della guarigione?

«Da diversi giorni il Pontefice è sotto terapia antibiotica,

se dovessero comparire problemi ai reni ci sarebbe un aggravamento importante e la prognosi potrebbe diventare infausta».

Nei bollettini non si è fatto esplicito riferimento alla febbre. Potrebbe essere un indicatore?

«No, quello non è un segnale determinante».

In fasi di alta complessità come questa, quali sono gli specialisti di riferimento?

«La gestione di un'infezione e di quella che potrebbe rivelarsi una sepsi è dei rianimatori».

Nell'elenco ufficiale dei medici che seguono il Papa, un rianimatore non è mai stato citato. Uno specialista che è stato spesso accanto al pontefice è Massimo Antonelli, esperto di infezioni, ex presidente della Società europea di terapia intensiva.

mdebac@rcs.it



Esperto

Abele Donati dirige la clinica di anestesia e rianimazione dell'Azienda ospedaliera universitaria delle Marche ed è professore ad Ancona



Noi Moderati a Rocca: «Un tagliando alla sanità»

IL CASO

«Riteniamo giusto fare nel Lazio un tagliando al governo Rocca per capire sulla sanità qual è il grado di soddisfazione dei cittadini». A lanciare questa richiesta non sono i partiti di opposizione, ma Noi Moderati, per bocca del coordinatore regionale Marco Di Stefano.

Il consigliere capitolino prosegue annunciando «una grande campagna di ascolto delle persone, con un sondaggio in cui porremo alcune domande ai cittadini per capire se qualcosa è cambiato rispetto all'era Zingaretti, quando la sanità privata veniva privilegiata rispetto a quella pubblica». E ancora, «chiederemo ai laziali quanto sono soddisfatti dei servizi che ottengono dal medico di famiglia (che non vogliamo statalizi-

zare) se ritengono migliorati i tempi di attesa ai pronto soccorso e quelli per ottenere visite ambulatoriali o esami dia-

gnostici. E poi una valutazione in generale sulla sanità pubblica nel Lazio. Vogliamo un riscontro dei cittadini, per capire se apprezzano il lavoro fatto dal governo regionale. Dovessero uscire indicazioni non confortanti, ci promettiamo di fare delle battaglie per migliorare la situazione». Il timore, conclude Di Stefano, «è che su alcune questioni siamo un po' in ritardo, anche per alcune beghe politiche, e io ritengo che il nostro dovere sia innanzitutto quello di dare risposte e certezze alla gente, di mantenere gli impegni presi in campagna elettorale».

IL PRECEDENTE

Tolto Fratelli d'Italia, Noi Moderati era stato finora l'unico partito della coalizione di centrodestra a non avanzare (almeno pubblicamente) richie-

ste di alcun tipo al governatore. Negli scorsi giorni infatti si è conclusa la querelle con Forza Italia – con cui in Regione il consigliere di Nm Nazzareno Neri ha sottoscritto un patto – per ridisegnare le deleghe di giunta, dopo le richieste avanzate nei mesi scorsi dagli azzurri. Mentre a inizio febbraio la Lega ha chiesto «maggiore condivisione delle scelte» al presidente Rocca.

G.Car.

**IL COORDINATORE
REGIONALE
DI STEFANO:
«CHIEDIAMO AI
CITTADINI SE VEDONO
MIGLIORAMENTI»**



IL REPORT

Dal Comune ai ministeri fino alla Sanità tutte le inchieste della Corte dei Conti

Inaugurato
l'anno giudiziario
La procura del Lazio
nel 2024 ha recuperato
35 milioni di danni

Oltre 3.537 segnalazioni, più di 128 milioni di euro di richieste di risarcimento e 35 milioni effettivamente recuperati nel 2024 mentre nel periodo 2020/2024 le somme ammontano a 87 milioni di euro. Numeri che non lasciano margine di dubbio: l'attività investigativa ha rivelato mala gestione, sprechi e appropriazioni illecite ai danni della cosa pubblica. La relazione del Procuratore Regionale Paolo Luigi Rebecchi all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2025 è un atto d'accusa incisivo, fondato su dati concreti e su inchieste che hanno portato risultati tangibili. Al tempo stesso, emerge una constatazione amara: il denaro pubblico, troppo spesso, è stato gestito con leggerezza o, ancor peggio, sottratto con dolo.

Indebita percezione di fondi, danno all'immagine della pubblica amministrazione, malasanità, incarichi incompatibili, contratti pubblici gonfiati e mancata riscossione delle entrate: il ventaglio delle irregolarità si rivela ampio e delinea un quadro critico.

Tra i casi più eclatanti del 2024 emerge quello di Atac, con il buco finanziario causato

dagli ammanchi delle macchine emettitrici di biglietti nelle stazioni della metropolitana di Roma, un sistema che ha permesso il furto di monete senza adeguati controlli.

Un'altra vicenda significativa riguarda Ama, con un illecito legato alla sottrazione e rivendita di carburante per un danno di 107 mila euro. Sempre la municipalizzata dei rifiuti è coinvolta in un'indagine sui canoni eccessivi per il servizio full service di oltre 28 mila cassonetti, con un danno ipotizzato che si aggira intorno ai 19 milioni.

Sul fronte delle mancate entrate, resta il problema della tassa di soggiorno non versata da diverse strutture alberghiere della Capitale. Nel 2024, la Corte dei conti ha avanzato richieste risarcitorie per oltre 1 milione e 188 mila euro contro albergatori inadempienti.

Non mancano episodi con risvolti penali. La gestione illecita delle postazioni dei camion bar a Roma ha generato un danno stimato in 328 mila euro. L'assegnazione irregolare delle concessioni per il commercio ambulante ha svelato un sistema di favoritismi e abusi consolidati.

Infine, la sanità. L'Asl di Rieti

è stata chiamata a rispondere per il caso dell'ospedale San Camillo De Lellis, dove un ritardo in un intervento post-partum ha portato alla morte di una paziente in gravidanza. Il danno contestato è di 1 milione e 800 mila euro, ma nessuna cifra può restituire la vita perduta né lenire il dolore dei familiari.

A margine della relazione, Tommaso Miele, presidente aggiunto della Corte dei conti e presidente della sezione giurisdizionale del Lazio, ha sottolineato come la contrapposizione tra politica e magistratura non giovi al Paese, né alle istituzioni. «Occorre tornare alla Costituzione e ricostituire la Giustizia, nel rispetto dell'articolo 101, secondo cui i giudici sono soggetti soltanto alla legge».

Miele ha poi invitato a guardare con fiducia alle riforme in esame in Parlamento. «È necessario chiudere una stagione in cui la giustizia è stata intesa come vendetta o strumento di contrapposizione politica, spesso comprimendo le garanzie e i diritti dei cittadini e ostacolando le scelte del legislatore» ha sottolineato il magistrato.

– **giu.sca.**



CORTE DEI CONTI

Malasanità Faro dei giudici sugli errori medici

••• Negligenze mediche, incarichi illegittimi e danni al patrimonio. Ammontano a cinque milioni di euro le 12 contestazioni inviate lo scorso anno a sette Asl del Lazio. Lo ha rivelato la Corte dei conti, nella relazione per l'apertura dell'anno giudiziario. Tre casi riguardano il policlinico Umberto I.

Sbraga a pagina 18



MALASANITÀ

La Corte dei conti: in un anno sette Asl del Lazio condannate a pagare 5 milioni

Gli errori medici sotto il faro dei giudici

Pazienti morti per cure sbagliate, diagnosi tardive e mancati interventi

ANTONIO SBRAGA

••• Negligenze mediche, incarichi illegittimi e danni al patrimonio: ammonta a cinque milioni di euro la resa dei conti per 12 contestazioni (tra quelle accertate e presunte) inviate lo scorso anno a sette aziende sanitarie del Lazio. Sui «casi di malpractice sanitaria

l'attività svolta nel settore del 2024 è sfociata in citazioni a giudizio relativamente a casi di decesso o lesioni gravissime in strutture ospedaliere per tardivo intervento chirurgico, per ritardata diagnosi, per ritardo di intervento specialistico, per danno irreversibile a neonato in relazione ad erronee manovre in sede di parto», ha rivelato il procurato-

re regionale della Corte dei Conti, Paolo Luigi Rebecchi, nella relazione per l'apertura dell'anno giudiziario. Tre casi riguardano il policlinico Umberto I: uno per «omessa dia-



gnosi di ischemia cardiaca da parte di un cardiologo, con conseguente errato trattamento terapeutico e decesso di un paziente. Danno presunto: 961.614 euro». Un altro invito

è per il «risarcimento danno agli eredi di un paziente deceduto a seguito di errata diagnosi e ritardata terapia, dopo intervento chirurgico. Danno presunto: 786.658 euro». C'è poi una citazione per il «risarcimento danni per negligenza medica dovuta a ritardo nell'intervento specialistico, nei confronti di un paziente ricoverato precedentemente presso il pronto soccorso di altro ospedale. Danno contestato: 250.926 euro». Per l'ospedale Sant'Andrea, invece, c'è una sentenza: per il «risarcimento danni agli eredi di un paziente deceduto a causa

di errate cure oncologiche. Condanna parziale 55.000 euro». Però l'importo più alto contestato, pari a un milione e 881 mila euro, riguarda l'ospedale di Rieti per la citazione relativa al «risarcimento danni agli eredi a seguito del decesso di una paziente in gravidanza, sottoposta tardivamente ad intervento chirurgico post-partum». Due citazioni riguardano l'Asl Roma 5: negli ospedali di Tivoli (per un «risarcimento erariale dovuto ai genitori di una neonata per danno irreversibile al torace, causato da erronea manovra espulsiva durante il parto. Danno contestato: 74.100») e di Subiaco (per il «risarcimento danni agli eredi di un paziente deceduto per ritardo nella diagnosi e negligenza medica, relativa agli esami diagnostici addominali svolti in

sede di Pronto Soccorso. Danno contestato 125.000 euro»). All'Ifo, invece, è stato contestato lo «svolgimento di attività lavorativa extraistituzionale non autorizzata da parte di una dottoressa. Danno contestato 30.402 euro». Mentre all'Ospedale di Velletri è stata contestata la «condotta illecita di un medico anestesista, in servizio esclusivo presso pubblico, che eseguiva interventi presso uno studio dentistico privato, utilizzando farmaci e strumenti prelevati dall'ospedale, e percependo pagamento in contanti dallo studio dentistico. Danno contestato 363.808 euro». Per l'Umberto I anche una sentenza per «danno indiretto derivante dalla soccombenza del Policlinico nel giudizio civile promosso da una società immobiliare.

per responsabilità precontrattuale connessa alla mancata stipulazione del contratto di locazione di un immobile. Condanna 290.345 euro». All'Umberto I i risarcimenti erogati fra il 2019 e il 2023 ammontano a «25 milioni e 259 mila euro per 407 sinistri relativi al rischio clinico».

Il caso

A Tivoli lesioni ad una neonata per una manovra errata durante il parto. Alla mamma andranno 74 mila euro



Ospedali
Dall'Umberto I al Sant'Andrea di Roma ai nosocomi di Subiaco e Velletri, gli errori medici hanno interessato numerose strutture della nostra regione



Il video di Scambia, ucciso da un tumore. Ieri i funerali al Gemelli



**Il testamento del prof
«Credete nel progresso»**

Il ginecologo e oncologo Giovanni Scambia.

Troili a pag. 14

Il testamento del primario che curava le donne «Meraviglia per i progressi»

► I funerali di Scambia, del Gemelli, con il video delle sue ultime parole: «Lo dico ai giovani: guardate dove siamo arrivati». Commozione in chiesa di tante pazienti

L'ADDIO

ROMA Nell'impeto di salvare vite non ha avuto tempo di pensare mai alla sua. Di quella missione-dovere che l'ha animato, ne è ultima toccante testimonianza il funerale di ieri. Ma anche un messaggio ai giovani che è un inno allo stupore, alla meraviglia, alla conoscenza. Se ne è andato, e troppo presto, il professore Giovanni Scambia, direttore scientifico della Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli

li e luminare della ginecologia oncologica. Morto a 65 anni lo scorso 20 febbraio, a causa di un tumore al pancreas. Un luminare dai modi umani e diretti, così che ogni paziente ha un ricordo che porta nel cuore: «Si è seduto sul letto e mi ha stretto la mano»; «è passato e con il volto stanco e con i suoi modi garbati mi ha fatto una leggera carezza». È stato l'angelo di migliaia di donne malate, che ora si sentono

un po' orfane. Ripetono: «Mi ha salvato la vita».

Un suo messaggio, che ha il sapore

di un testamento spirituale, è riecheggiato toccante nella Chiesa



centrale dell'Università Cattolica di Roma. Difficile per tutti trattenere le lacrime, nonostante l'invito di Scambia a guardare al futuro, sulla scia di un altrettanto storico messaggio, quello pronunciato nel 2005 da Steve Jobs. «Stay hungry, stay foolish», restate giovani, restate folli, disse il fondatore di Apple agli studenti della Stanford University di Palo Alto, invitato per ricevere la laurea ad honorem. Ecco, il professor Scambia, nella sua divisa verde, compagna di tante "battaglie" vinte, il volto pallido di chi è solito lavorare 15 ore al giorno, a novembre, alla vigilia della scoperta della malattia fulminante, ha lasciato al mondo e alla nuove generazioni queste parole: «C'è un ultimo messaggio che voglio lasciare ai giovani che dovranno costruire il futuro della nostra scuola e della nostra clinica, ed è quello di meravigliarsi dei progressi e delle conquiste, così come mi meraviglio ancora io oggi di dove siamo arrivati». Non era prevedibile come quanto registrato nel documentario "Le radici del domani", raccon-

to dei 60 anni di storia della Ginecologia e Ostetricia dell'Università Cattolica a Roma nonché dell'evoluzione della sua disciplina, dedicato in particolare al suo maestro professore Salvatore Mancuso, potesse divenire una sorta di eredità, anche una bussola e un inno incondizionato alla ricerca come strumento di vita e speranza.

L'AUGURIO

«Quando iniziai - è la testimonianza

di Scambia contenuta nel video - non avrei mai pensato di poter dire a una donna con un tumore che dopo la guarigione avrebbe potuto avere un bambino, o che l'intelligenza artificiale potesse essere utile a fornire modelli predittivi di risposta alle cure. Eppure oggi è così. Per chi scriverà la nostra storia, il mio augurio è di attraversare ancora tante scoperte e tante vittorie, magari con una squadra meravigliosa come la nostra, fatta di talento, passione, capacità, e di stare insieme e di avere cura delle donne. Per questo ringrazio tutti, le nostre ostetriche, gli infermieri e tutto il personale paramedico, i neonatologi, i radiologi e radioterapisti, gli anestesisti, gli psicologi, gli anatomopatologi, gli studenti e gli specializzanti, il personale che si prende cura del reparto e tutti coloro che migliorano il nostro lavoro e tracciano la strada verso un domani che voglio davvero immaginare luminoso ed emozionante per tutti noi e per tutti voi».

LA FOLLA

L'addio al professor Scambia, a pochi metri dalla stanza al decimo piano dove da dieci giorni è ricoverato Papa Francesco, ha visto la partecipazione di centinaia di persone. Pazienti, autorità civili, militari, accademiche, colleghi, studenti, specializzandi. In molti hanno seguito la cerimonia tenuta da monsignor Claudio Giuliodori all'esterno, sul maxischermo. Hanno voluto essere lì tante ex pazienti, in lacrime. Il funerale si è aperto dall'Ave Maria cantato e da un corteo di professori ordinari della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica guidati dalla

rettrice Elena Beccalli e dal preside di Medicina Antonio Gasbarrini, tutti vestiti in abiti accademici. Tra i presenti i ministri Orazio Schillaci e Anna Maria Bernini, il presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, il presidente della fondazione policlinico Gemelli Irccs Daniele Franco, il direttore generale del policlinico Marco Elefanti e dell'Università cattolica Paolo Nusiner. Dolore e stima nelle testimonianze. Anna Fagotti, professoressa di Ostetricia e ginecologia, università Cattolica e direttrice Uoc Carcinoma ovarico, policlinico Gemelli: «Giovanni Scambia, la sua scuola è la sua eredità». Gasbarrini: «Un medico, un docente, un ricercatore visionario e concreto. Un modello inimitabile e irraggiungibile».

La figlia Luisa, presente assieme alla mamma Emma, l'ha ricordato così: «Ho sempre saputo che le tue assenze erano il piccolo prezzo da pagare per il tuo grande impegno da medico. Ciao papà. Sei stato un grande padre».

Raffaella Troili

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL MESSAGGIO
DEL GINECOLOGO
E ONCOLOGO SCOMPARSO
PER UN TUMORE
AL PANCREAS
È UN INNO ALLA SCIENZA**

**ALLE ESEQUIE MOLTE
AUTORITÀ: I MINISTRI
SCHILLACI, CROSETTO
E BERNINI, IL PRESIDENTE
DEL LAZIO ROCCA E
I VERTICI DELL'OSPEDALE**



Servizio Regioni

Puglia: la spesa farmaceutica affonda il bilancio, fuga dei medici dalle corsie

Il deficit sanitario è stimato intorno ai 240-250 milioni di euro per il 2024, la spesa diretta per i medicinali vola a 975 milioni

di Vincenzo Rutigliano

21 febbraio 2025

Il deficit sanitario della Puglia è stimato intorno ai 240-250 milioni di euro per il 2024. Per conoscerne la misura esatta, e soprattutto le soluzioni da definire per il suo ripiano, bisognerà attendere le verifiche tecniche in atto. Ad annunciarlo è il presidente Emiliano con i due assessori al ramo - Piemontese per la Sanità e Amati per il Bilancio - che hanno fatto il punto "politico" nel corso di un incontro al quale non hanno partecipato, perchè non coinvolti, i dg delle Asl. Saranno, infatti, proprio i dirigenti dei Dipartimenti interessati a trovare le soluzioni tecniche del caso.

Possibile utilizzo dei fondi Ue per alleggerire il rosso

L'obiettivo è ridurre il più possibile l'incidenza della copertura delle spese sul bilancio autonomo ed utilizzare per altri scopi quello che sarà possibile in qualche modo stornare. Per la parte investimenti si dovrebbe procedere impegnando i fondi Ue ed alleggerendo così il rosso gestionale. Se i 240-250 milioni dovessero venire confermati il disavanzo delle Asl sarebbe il doppio di quello del 2023 quando raggiunse i 126 milioni, coperti per 37 con l'assestamento di bilancio, per 50 con il bilancio di previsione e rinviando per altri 39 agli avanzi vincolati di parte corrente del bilancio autonomo.

Il tetto di spesa per i farmaci superato di 268 milioni

Le valutazioni tecniche dei dirigenti saranno quindi indispensabili per comprendere come ripianare il deficit che continua ad essere provocato, in gran parte, dalla spesa farmaceutica. L'anno scorso la spesa diretta per medicinali è stata di 985 milioni, contro il tetto di 717, con l'Asl di Bari che ha sfiorato per 86 milioni e a seguire tutte le altre, tranne l'oncologico di Bari, che ha ottenuto un risparmio di 2,4 milioni.

Al San Pio di Castellaneta interi reparti senza medici

Ogni tentativo di razionalizzazione dei costi si misura con la difficoltà di tenuta del sistema in termini di risorse organizzative e professionali, con il personale medico e paramedico sempre in emergenza. L'ultimo esempio viene dall'ospedale San Pio di Castellaneta, nel tarantino, che serve anche i territori di Mottola, Laterza e Ginosa, con una vera e propria fuga di medici negli ultimi mesi che hanno lasciato interi reparti scoperti. Con effetti su visite, interventi, gestione dei reparti, e turni doppi per il personale in servizio per coprire i vuoti in organico. A vuoto ogni tentativo di mobilità o scorrimento di graduatorie di altre Asl, occorrerà attendere i concorsi.