

18 gennaio 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

BZ Rebel
Pay per you

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

Meno guida, più risparmio.
L'RC Auto al Fun!

BZ Rebel
Pay per you



Giovedì 18 gennaio 2024

Abbon. € 1,70

LA RIFORMA DELLA GIUSTIZIA

Regalo ai corrotti

Il Guardasigilli Carlo Nordio definisce "obsoleti" i reati contro la Pa e "da Medioevo" la confisca dei cellulari. Nelle comunicazioni alla Camera conferma la separazione delle carriere e la stretta sulle intercettazioni

Tegola giudiziaria su Solinas: sequestro e accusa di corruzione

Il commento

Il populismo penale

di Carlo Bonini

Con la foga dell'angelo vendicatore e una narrazione intrisa di risentimento ideologico, il ministro della Giustizia Nordio, a nome del governo, annuncia al Parlamento il progetto di definitivo scacco di uno dei principi cardine della nostra giurisdizione.

• a pagina 23

Il ministro della Giustizia Carlo Nordio ieri ha definito "obsoleti" una serie di reati contro la pubblica amministrazione. Dall'abuso di ufficio, che "andrebbe cancellato", ai reati di corruzione "da cambiare". Se l'Italia risulta troppo corrotta, "vanno mutati i parametri" e le intercettazioni "costano e serve una stretta". Quanto ai cellulari "contengono la vita, stop a sequestri e controlli". E su carceri e detenuti c'è una consolazione: 15 suicidi in meno quest'anno. Intanto il candidato della discordia in Sardegna, il leghista Solinas, viene indagato per corruzione.

di Casadio, De Cicco Foschini, Frascilla e Milella • da pagina 2 a pagina 4

La principessa britannica

Kate operata all'addome La Bbc: "È qualcosa di serio"



dal nostro corrispondente Antonello Guerrera • a pagina 11

Mappamondi

Ora Putin minaccia i Paesi Baltici

dalla nostra inviata Castelletti Con un servizio di Mastrolilli



Il trionfo di Donald Trump al caucus dell'Iowa ha ringalluzzito Vladimir Putin. Nel confronto con i sindacati russi in tv, la vittoria del tycoon al primo round delle primarie era stata appena proclamata che già il leader del Cremlino parlava di «precedenti elezioni truccate negli Usa».

• alle pagine 8 e 9

Il ministro estone: "Ci prepariamo a un attacco russo"

dalla nostra corrispondente Tonia Mastrobuoni • a pagina 8



Altman, per l'IA serve un'agenzia globale

dal nostro inviato Filippo Santelli • a pagina 13

La firma per i fondi a Forlì

Alluvione, Meloni contestata ma c'è intesa con von der Leyen

Il Punto

Quanto pesa in Italia il fattore Trump

di Stefano Folli • a pagina 23

A Forlì abbracci tra la presidente del Consiglio e quella della Commissione Ue dopo l'intesa raggiunta sui fondi per l'alluvione. "L'Europa è al vostro fianco". La premier viene contestata, ma l'accordo con von der Leyen è palese. L'una ha bisogno dell'altra. La prima per spezzare l'isolamento in Europa, la seconda per rafforzare l'ipotesi del bis alla guida della Commissione.

di Bettazzi, Ciriaco e Tito • alle pagine 6 e 7

IL NUOVO PUNTO DI RIFERIMENTO PER LE CERTIFICAZIONI AZIENDALI ISO

CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ | CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ EUCI

ISO 9001 | ISO 14001 | ISO 45001

EUCI EUROPEAN CERTIFICATION INSTITUTE
www.euci.org

L'intervista

Estetista cinica "Sui social bisogna imparare a tacere"



di Maurizio Crosetti • a pagina 14

Domani in edicola



Sul Venerdì Parigi e i Giochi pericolosi

Cultura

Norberto Bobbio i valori e l'etica del labirinto

di Gustavo Zagrebelsky

Vieni a trovarmi! Molte volte, negli ultimi anni, quando viveva ormai ritirato dalla scena pubblica, il professor Bobbio ha detto o scritto queste parole. Oggi possiamo solo più "andare a trovarlo" o nei ricordi personali o attraverso lo studio del suo pensiero, consolidato in un'opera terminata. Un dono che contiene molte cose. • alle pagine 26 e 27

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/6821
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06/688281

FONDATA NEL 1876

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



L'astronauta italiano Villadei: «Dopo 13 anni volerò nello spazio» di Giovanni Caprara a pagina 19



Scandalo a Pavia Chat sessiste alla Canottieri di Cesare Giuzzi a pagina 20



Meloni e von der Leyen in Emilia-Romagna, proteste per i ritardi nei ristori. E sui balneari l'Italia chiede tempo

Alluvione e fondi, patto con la Ue

Sardegna, indagine per corruzione: sequestro di beni a Solinas. Tensione Salvini-Zaia

BUROCRAZIA E FEDELTA'

di Sabino Cassese

Un giro di boa dell'anno di vita, il governo ha riordinato più di metà dell'esecutivo. L'ha fatto con decreti del presidente del Consiglio dei ministri e stabilendo la decadenza automatica delle esistenti posizioni dirigenziali delle strutture ministeriali.

Le anomalie sono due. La legge del 1988, che regola la materia, vuole che organizzazione e funzionamento delle amministrazioni pubbliche siano ordinati con regolamenti adottati con decreti del presidente della Repubblica, quindi passando al vaglio anche del Quirinale e delle commissioni parlamentari, due possibili scogli che il governo ha evitato. Inoltre, l'infausto sistema delle spoglie, cioè la decadenza dei dirigenti dell'amministrazione al mutare dei governi, era limitato, per legge, ai soli vertici (segretari generali, capi dipartimento, direttori di agenzie), mentre ora si estende in basso a tutta la dirigenza, cioè a migliaia di persone. Già in precedenza governi di altri colori avevano disposto la decadenza automatica e la riassegnazione degli incarichi dirigenziali, con provvedimenti, che, però, sono caduti sotto la scure della Corte costituzionale. A queste anomalie si aggiungono alcune singolarità.

continua a pagina 22

di Monica Guerzoni e Francesco Rosano

Fondi del Pnrr andranno agli alluvionati. La presidente della Commissione Ursula von der Leyen torna nella Romagna travolta dall'alluvione e stanziava 1,2 miliardi di euro per la ricostruzione. Risorse che arriveranno dalla revisione del Pnrr. L'incontro con la premier Giorgia Meloni. Ribadito l'asse tra Roma e Bruxelles. Le proteste per i ritardi sui ristori. E sui balneari l'Italia chiede più tempo. Elezioni regionali, indagato per corruzione il governatore della Sardegna Christian Solinas. Legge sul fine vita in Veneto. Matteo Salvini: avrei votato no.

da pagina 2 a pagina 9



Giorgia Meloni e Ursula von der Leyen ieri a Forlì

IL VOTO SULLA COMMISSIONE D'INCHIESTA Covid, scontro alla Camera

di Alessandra Arachi

a pagina 6

IL COMMENTO

Ma sul fine vita il leader veneto non è lo sconfitto

di Barbara Stefanelli

Il Veneto ha detto no alla legge sul fine vita. Ma siamo sicuri che il presidente della Regione abbia perso? Luca Zaia, che ha comunque portato con sé quelli che sono stati definiti i «leghisti progressisti», è riuscito a far discutere l'Italia di un tema etico.

continua a pagina 22

Londra Intervento all'addome per la principessa, alla prostata per il sovrano



Regno in ansia, operata Kate E adesso tocca a re Carlo

di Luigi Ippolito

La principessa Kate operata all'addome. Per re Carlo, invece, è previsto un intervento alla prostata. a pagina 15 P. De Carolis, Martinella

GIANNELLI

CANDIDATURE PER LE REGIONALI



IL GOVERNATORE SORDO

Gaza E Israele avverte Hezbollah Iran, raid e minacce «Non ci fermiamo» Gelo tra Biden e Bibi

di Davide Frattini

Cresce l'allarme dopo i raid di Teheran contro il Pakistan. Restano le frizioni tra il premier Netanyahu e il presidente Biden. alle pagine 10 e 11 Olimpio

Ucraina Intervista a Olena Zelenska «Non lasciateci soli o Mosca dilagherà»

di Marta Serafini

La violenza di Putin, dice Olena Zelenska, «si diffonderà, non potete lasciare sola l'Ucraina». a pagina 13

Giallo a Trento Trovata dall'ex Maria, morta in casa Fu in lista con Fugatti

di Tiziano Grottollo

Maria Panico, 42 anni, di Trento (si era candidata con Fugatti), è stata ritrovata morta in casa. Mistero sulle ultime ore di vita. a pagina 16

VITTORINO ANDREOLI LA DITTATURA DEL DENARO Contro le menzogne dell'economia

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini Presidi e padri

BARBARA STEFANELLI LOVE HARDER

IL CASO

Perché l'Autonomia fa male al servizio sanitario per tutti

NINO CARTABELLOTTA



Si scrive «autonomia differenziata», si legge «frattura del Paese». Ecco perché la tutela della salute va espunta dalle materie su cui le Regioni possono chiedere maggiori autonomie. - PAGINA 15

L'INCHIESTA

Il gran ritorno al cinema grazie ai big e ai diritti

GIOVANNI BERRUTI, ALBERTO INFELISE



File fuori dai cinema. Uno scenario romantico che sembrava tramontato. Come il vinile e la musica digitale, il libro e l'ebook: la vittoria del moderno sul classico. Invece gli spettatori tornano al cinema. - PAGINE 22 E 23



LA STAMPA

GIOVEDÌ 18 GENNAIO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 358 II N.17 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, DCR-TO II www.lastampa.it

GNN

PARTE LA MISSIONE EUROPEA ASPIS PER DIFENDERE I CARGO DAGLI HOUTHIL TAJANI: "RIFERIREMO IN PARLAMENTO"

Le navi italiane nel Mar Rosso

La guerra si allarga, l'Iran bombarda anche il Pakistan: "Sovranità violata, risponderemo"

L'ANALISI

GIOCHI COLFUOCO IN MEDIO ORIENTE

NATHALIE TOCCI

Nella guerra allargata in Medio Oriente, i Paesi occidentali rivolgono lo sguardo al Mar Rosso alla luce degli attacchi sempre più frequenti dei miliziani Houthi, sostenuti dall'Iran, alle ormai poche navi mercantili che transitano per lo Stretto di Bab al-Mandeb. Ci sono motivi per concentrarsi su questa dimensione del conflitto. - PAGINA 27

ILARIO LOMBARDO

Il nome "Aspis" - in greco "scudo" - dà il senso della missione europea a protezione delle navi nel mirino degli Houthi, i ribelli yemeniti al soldo dell'Iran. - PAGINA 5 SERVIZI PAGINE 2-5



L'ECONOMIA

Panetta: il Pil rallenta giusto tagliare i tassi

ALESSANDRO BARBERA

Antonio Patuelli, numero uno dell'Abi, lo dice apertamente: «Temo che Francoforte arriverà tardi a ridurre i tassi». Fabio Panetta, governatore della Banca d'Italia, prova a rassicurarlo: «La disinflazione è forte e in atto. Non faccio previsioni su quando si taglieranno, ma credo che le condizioni consentiranno un aggiustamento». - PAGINA 12

Balneari, il nuovo rinvio che fa male ai cittadini

MARIANNA FILANDRI

È tornato, nel dibattito pubblico, il tema delle concessioni balneari. Sembra che dopo la richiesta dell'Ue all'Italia di intervenire sulla regolamentazione per l'assegnazione delle spiagge, il governo abbia fornito una risposta che sostanzialmente rinvierà la questione di almeno altri due anni. - PAGINA 27 BRESOLINI E MONTICELLI - PAGINA 13

L'EX FIRST LADY ISRAELIANA

Lapid: donne uniamoci contro tutti i terroristi

FABIANA MAGRI

«Stiamo vivendo il momento peggiore e più triste nella storia dello Stato di Israele». Pubblico e privato, individuale e collettivo sono due piani che si sovrappongono continuamente per Lih Lapid, scrittrice e giornalista, moglie del leader dell'opposizione ed ex premier Yair Lapid. DEL GATTO - PAGINA 4

LA PRINCIPESSA OPERATA ALL'ADDOME E RICOVERATA PER 15 GIORNI

La paura di Kate

MARIA CORBI



Se il 1992 fu l'Annus Horribilis della Regina, il 2024 non si apre nel migliore dei modi per la famiglia reale: a preoccupare sono i problemi di salute di Kate, operata per un problema addominale e ancora ricoverata in una clinica privata ed esclusiva di Londra, a Marylebone. - PAGINA 17

HAR MURPHY/INDEED/GETTY

IL DIBATTITO

Noi, Giovanna e i social nessuno si senta assolto

LUCA BOTTURA



- PAGINA 21

LE RIFORME

L'attacco di Nordio sviscila la Giustizia

EDMONDO BRUTTI LIBERATI

La Relazione al Parlamento del ministro sull'amministrazione della giustizia è stata, negli anni e con ministri della Giustizia di diverso colore, una occasione perduta: un elenco di dati statistici, povero di analisi e di indicazioni di prospettive. Carlo Nordio, per la prima parte, ha ripercorso questa tradizione. - PAGINA 9

LA GEOPOLITICA

Se ora Putin minaccia anche i Paesi Baltici

AGLIASTRO, ZAFESOVA

Una minaccia diretta alla nostra sicurezza: a due anni dall'invasione russa dell'Ucraina, Vladimir Putin punta il dito sui Paesi Baltici, proprio mentre i militari di Berlino confermano di non escludere i piani di un nuovo attacco di Mosca. Che il presidente russo non solo non tenta di smentire, ma sembra quasi confermare. - PAGINA 16

LA SANITÀ

Sveva, che è fuggita dall'incubo anoressia

D'AUTILIA, RIFORMATO

Il governo ci ripensa. Il Fondo per il contrasto dei disturbi alimentari, azzerato un mese fa dalla legge di Bilancio, sarà rifinanziato con 10 milioni di euro per il 2024, grazie un emendamento al decreto Milleproroghe. Le proteste di opposizioni e associazioni hanno spinto l'esecutivo al dietrofront. Arriva il nuovo mini-stanziamiento. - PAGINA 14

LE REGIONALI

Solinas indagato la rabbia della Lega

FEDERICO CAPURSO

Lunedì prossimo si chiuderanno i termini per presentare le liste elettorali per le Regionali in Sardegna. Poco più di un mese e si vota. Insomma, il tempo è quasi finito, anche se non si direbbe, visto il caos che continua a regnare nel centro-destra. - PAGINA 11



BUONGIORNO

Il presidente della Corte costituzionale, Augusto Barbera, ha concesso a Repubblica un'intervista fondamentale, spero non inutile. Fra le molte e necessarie considerazioni, due mi hanno colpito e scaldato il cuore. La prima: il potere politico non deve soverchiare quello delle Corti, ma altrettanto il potere delle Corti non deve soverchiare quello politico. La seconda: nel 1979, da deputato del Pci, Barbera votò per Nilde Iotti presidente della Camera e, dice oggi, «fu l'inizio della fine della convenio ad escludendomi nei confronti dei comunisti e oggi non posso che essere favorevole al superamento di analoga convenio a destra». Una convenio, mi azzardo ad aggiungere, già ampiamente superata dagli eventi e dagli elettori: come prima di Iotti ci fu Pietro Ingrao presidente della Camera, nella medesima carica

ci fu Gianfranco Fini prima di Ignazio La Russa al Senato. La destra - criticabilissima e criticatissima, anche in questo spazio - è autorizzata a governare dal risultato delle elezioni, non sta smontando la democrazia e semmai insiste in posizioni liberticide a cui nemmeno la sinistra è estranea. Ma da trent'anni almeno, dall'inizio della Seconda repubblica, sembra impossibile dedicarsi alla cosa pubblica perché tre quarti delle nostre energie sono destinate a partecipare o parteggiare nelle due guerre civili: quella fra politica e magistratura, quella fra destra e sinistra, combattute nella reciproca, irriducibile delegittimazione. Cioè, nella delegittimazione di un sistema che ha sfiancato un intero paese. Davvero, non se ne può più. Poi, per fortuna, rimangono uomini come Augusto Barbera: gli statisti.

Gli statisti

MATTIA FELTRI



VILLA MAFALDA
ASSISTENZA MEDICA H24
villamafalda.com

Il Messaggero

VILLA MAFALDA
ASSISTENZA MEDICA H24
villamafalda.com

€ 1,40 ANNO 140 - N° 17
Sped. in A.P. 03/03/2003 con L. 46/2004 art. 1 c. 1 CC SL

NAZIONALE



Giovedì 18 Gennaio 2024 • S. Liberata

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

In edicola e sul web
Su MoltoFuturo
l'uomo che verrà:
il cuore artificiale
come l'intelligenza
Un inserto di 24 pagine



Mou, saluto da gladiatore
De Rossi: «La Roma
è forte e a me non serve
un paracadute»
Carina nello Sport



In onda a febbraio
Torna Mare fuori:
nella 4ª stagione
la resa dei conti
tra baby ricercati
Satta a pag. 20



Missione congiunta

L'inerzia in Mar Rosso che nuoce all'economia

Angelo De Mattia

L'Europa batte un colpo con un'organica strategia per contribuire in prima persona, anch'essa, ad affrontare la crisi del Mar Rosso facendo tesoro dell'esperienza "in corpore vili" delle omissioni e dei ritardi in occasione degli iniziali segnali del conflitto in Ucraina e per certi versi, nella Striscia di Gaza.

La vicenda attuale potrebbe richiamare alla memoria la crisi di Suez del 1956 con la nazionalizzazione del canale da parte del presidente egiziano Nasser e gli interventi militari di contrasto da parte di Francia, Inghilterra e Israele, ma naturalmente sono radicalmente diversi il contesto geopolitico, gli attori e i mezzi che hanno contrassegnato il blocco di Suez a causa della crisi del Mar Rosso.

Il richiamo serve solo a ribadire la cruciale strategicità della navigazione, che appare impedita, di Suez. A differenza dei conflitti in Ucraina, in Israele e nella Striscia di Gaza dove in primo piano si pone la tragedia delle tantissime vite umane stroncate, per il Mar Rosso in evidenza sono subito gli aspetti economici, anche se non si sottovalutano di certo le perdite di vite umane e le distruzioni che derivano dalle azioni e dalle reazioni delle armi.

In questo caso è il diritto alla libera navigazione che viene attaccato dagli Houthi, mentre negli altri conflitti si pongono più specifici problemi di diritto internazionale e umanitario e comunque di rispetto della vita.

Continua a pag. 16

«Patto, servono meno vincoli»

► L'Europarlamento vuole una riforma soft. Asse Meloni-von der Leyen sul dopo voto
► Lagarde annuncia: tassi giù entro l'estate. Panetta: Pil sotto l'1% ma l'inflazione frena

ROMA L'Europarlamento vuole una riforma soft del Patto di stabilità, via al dibattito. Lagarde (Bce): giù i tassi entro l'estate.

Alle pag. 2, 3 e 13

La Lega: Tesei confermata e terzo mandato

Regionali, anche l'Umbria è un caso
Solinas indagato: sequestro dei beni

Francesco Bechis



Un caso Umbria piomba sulle Regionali, mentre al governatore uscente della Sardegna Solinas, indagato, sono stati sequestrati beni per 350

mila euro. Matteo Salvini lo ripete come un mantra nella trattativa con gli alleati: conferma per Donatella Tesei in Umbria e avanti sul terzo mandato. Tegna giudiziaria per il presidente sardo. A pag. 4

L'intervento

Il mercato cinese un'opportunità per il made in Italy
Jia Guide*

Il 2023 non è stato un anno tranquillo per il mondo, tra conflitti, debole ripresa, crisi climatiche e aumento del divario di sviluppo.

Continua a pag. 16

L'ad della società del Mef creata per l'evento

Sangiorgio: «Con il Giubileo 2025 crescerà il Pil. Roma sarà pronta»

Giacomo Andreoli



«Con il Giubileo del 2025 il Pil crescerà. E Roma sarà pronta al grande evento». È fiducioso Marco Sangiorgio, amministratore de-

legato di Giubileo 2025 Spa, la società (controllata al 100% dal ministero dell'Economia) creata per supportare il sindaco e commissario straordinario Roberto Gualtieri nell'organizzazione. A pag. 14

Mistero sull'intervento: «È una cosa seria». Anche Carlo andrà sotto i ferri



La principessa Kate Middleton, 42 anni
Sabulina pag. 9

Kate operata all'addome, ore di ansia nel Regno Unito

Dalla candidatura alla morte sospetta

Il giallo di Maria

► Si era presentata alle elezioni nel 2018 e 2020
Trovata dopo 2 giorni nel letto sporco di sangue

TRENTO È stata trovata morta in casa Maria Antonietta Panico, 42 anni, candidata nel 2018 e '20 con il centrodestra. Una morte avvolta nel mistero. A lasciare per prima l'allarme è stata la figlia 16enne, preoccupata perché da giorni non riusciva a mettersi in contatto con la madre. Il papà, separato da tempo, ha quindi deciso di presentarsi nell'appartamento di via Vicozza 24. La donna sarebbe deceduta da almeno due giorni. L'ultimo compagno aveva il divieto di avvicinamento. Zaniboni a pag. 11

Il rapporto Anvur

Università, vince il gender gap: 73% di prof uomini

ROMA Nelle università italiane meno di tre docenti su 10 sono donne. Un divario di genere pesante non solo tra le cattedre ma anche tra i banchi: ragazze molto indietro nella scelta delle materie tecnico-scientifiche. Lioacono a pag. 7

Processo al via



Mottarone, il sì ai risarcimenti: «Tutelate Eitan»

MILANO Via al processo per la tragedia del Mottarone, lo schianto della funivia che costò la vita a 14 persone. «Tutelate il piccolo Eitan». Si ai risarcimenti. Leftner paga subito 50 parenti. Guasco a pag. 10

PRIMI SINTOMI INFLUENZALI

PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.

Vivin C agisce rapidamente contro il raffreddore e i primi sintomi influenzali. Con Vitamina C per le difese immunitarie.

RAFFREDDORE

Il Segno di LUCA

IL RISCATTO DELLA VERGINE

Saturno ti sta dando tanto filo da torcere da quasi un anno a questa parte. Ora lo splendido aspetto con Mercurio, il tuo pianeta, ti consente di superare quasi magicamente gli ostacoli, come se avessi ritrovato la bacchetta magica che avevi perduto e che ti consentiva di comandare agli elementi. L'amore ti offre i suoi doni migliori, aiutandoti a combinare il tuo lato più saggio con quello più impertinente. Avrai modo di divertirti.

MANTRA DEL GIORNO
Giustificarsi accresce l'irritazione.

L'oroscopo a pag. 16

* Tardano con altri quotidiani nei gruppi di vendita (semplice) con il servizio di Minerva, Lucio, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con l'intermediario € 1,40; il servizio di Minerva, Lucio, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Lazio, il Messaggero - Prima Pagine Notte € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50.

La rivista culturale dell'Azione Cattolica dialoghi ANNO LVIII n° 15 1,50 € Santa Margherita d'Ungheria

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



La rivista culturale dell'Azione Cattolica dialoghi

Editoriale

I giovani e la ricerca di senso LABORATORIO DI DOMANDE

ALESSANDRO ZACCURI

L'arte della risposta presuppone l'arte della domanda. Hanno bisogno l'una dell'altra, altrimenti si ricade nell'alternativa dialettica tra risposta predefinita e domanda insoddisfatta.

È l'onestà spicciola dei don't ask, don't tell non chiedere né dire nulla in più dello stretto necessario. Anzitutto non chiedere, perché nell'epoca dell'incertezza - la nostra - ogni domanda rischia di spalancare una nuova porta sull'inconoscibile, quindi meglio restare al sicuro, protetti da una prudente ignoranza.

Sono considerazioni di portata universale, che assumono una sfumatura di eccezionale urgenza una volta che vengano riferite alla domanda delle domande, quella che "oggi viene solitamente definita "domanda di senso".

continua a pagina 18

IL FATTO Francesco mette in guardia dalla lussuria che «devasta le relazioni umane». Il sesso un dono di Dio

Lezioni d'amore

Il Papa esalta l'innamoramento, il rispetto e il donarsi reciproco nei rapporti di coppia. E provoca le élites di Davos: perché si muore ancora di fame? Perché si sfrutta sul lavoro?

ALVIERO MARTINI Le borse di lusso cucite dai cinesi dove morì un operaio

I carabinieri e la procura di Milano hanno svelato la realtà di sfruttamento che si nasconde dietro il luccicante mondo delle imprese della moda.

Marcè a pagina 5

PARLA L'ARCIVESCOVO Bari al dopo Decaro: «Periferie e giovani siano le priorità»

Tra cinque mesi Bari chiuderà l'era Decaro, sindaco per due mandati che lascia in eredità un centrosinistra in vantaggio. In attesa dei programmi, «periferie e giovani» sono le priorità individuate dall'arcivescovo Satriano.

Lumano e Viana a pagina 6

Il cristianesimo non è sessuofobo, ma fin dal tempo degli antichi Padri ha insegnato che, «dopo la gola, il secondo "demonio" che sta sempre accovacciato alla porta del cuore è quello della lussuria, chiamato in greco permissia».



"Lezione d'amore": «Com'è possibile che nel mondo di oggi si muoia ancora di fame, si venga sfrattati, si sia condannati all'infelicità, manchinio le cure mediche di base e si rimanga senza un tetto?»

Primo piano alle pagine 4 e 5

I nostri temi

CRISTIANI AL VOTO Quante domande dal Trump anti migranti

MAURIZIO AMBROSI

L'offerta politica populista e "nativista" sta spaccando le comunità religiose. L'immigrazione è più che mai una sfida che mette alla prova la coerenza.

A pagina 16

LA SHOAH Le parole giuste per la memoria del 27 gennaio

PAOLO FERRARIO

Per la giornata della Memoria del 27 gennaio, l'Uciel ha diffuso alcune indicazioni pratiche per l'utilizzo delle parole "giuste".

A pagina 10

IL DRAGONE Due milioni di abitanti in meno nel 2023, crescita (+5,3%) più bassa da 30 anni



La Cina senza figli cresce meno

A pagina 11

LUCA MIELE

Quanto male fanno alla Cina le crisi e le turbolenze geopolitiche che stanno infiammando il mondo? Molto, a guardare da vicino lo "stato di salute" del gigante asiatico.

EVITA La sofferenza "cancellata"

Botteri a pagina 15



DISTURBI ALIMENTARI

Il ministro rassicura: cure garantite coi Lea

Negrotti a pagina 12



POPOTUS

Un mega stadio vicino a Riad

Dodici pagine tabloid

Il prigioniero

Molti anni fa a Milano girava per le strade, su una bici con un carrettino, un uomo. Malconico come un clochard, la barba lunga su una faccia da vecchio.

Facce Maria Corradi

qualcosa che noi ignoravamo? Avevi voluto chiederglielo, ma non ne avevo il coraggio. Finché un giorno in via Turati lo vidi fermo con la sua bicicletta a un semaforo, e osai. «Mi scusi signore - domandai, arrossendo - che vuole dire, che ci uccidono con l'onda?»

Agorà

BIBBIA Il Nuovo Testamento letto dagli ebrei interpella i cristiani

Giuliani a pagina 19

DOCUFILM Lettere a Pasolini, cercasi Gesù disperatamente

Ciello e Giannetta a pagina 20

CICLISMO Francesco Moser racconta: 40 anni fa il mio record dell'ora

Stagi a pagina 21

IL TEMPO DELLA MEMORIA Arslan / Cardini / Givone / Verdon LUOGHI INFINITI

Per i medici arrivano aumenti e arretrati Docenti, ok al contratto

► Martedì la firma, per i camici bianchi assegno da oltre 10 mila euro a febbraio
► Incremento medio mensile di 289 euro E per i rinnovi '22-'24 si parte dalla Sanità

IL PUBBLICO IMPIEGO

ROMA Anche l'ultima verifica, quella della Corte dei Conti, è filata via senza particolari osservazioni. Così, finalmente, i medici potranno firmare l'atteso rinnovo del contratto. La sigla dell'intesa tra i rappresentanti dei camici bianchi e il Presidente dell'Aran, Antonio Naddeo, ci sarà martedì prossimo. Poi già dal mese di febbraio, i medici potranno ricevere aumenti medi mensili di 289 euro, e arretrati di oltre 10 mila euro. L'accordo in questione è quello che copre il triennio che va dal 2019 al 2021.

Quello della dirigenza medica è stato uno degli ultimi comparti a chiudere i negoziati per il rinnovo del contratto. Ma per la stagione contrattuale 2022-2024, quella che si aprirà nelle prossime settimane, il consueto ordine delle trattative sarà rivisto. Normalmente si parte dai ministeriali, il

cui accordo fa poi da base per tutti gli altri. Questa volta il ministro per la Pubblica amministrazione, Paolo Zangrillo, ha deciso di cambiare le priorità. Si partirà dai comparti più in sofferenza, come quello della Sanità (a cominciare dagli infermieri) e quello della Sicurezza e Difesa. Anche i dipendenti comunali e regionali scavalcheranno i ministeriali e le Agenzie fiscali. Un modo per risarcirli della mancata corresponsione, per mancanza di fondi da parte dei Comuni, dell'aumento una tantum erogato

to a dicembre a tutti gli altri dipendenti pubblici. E dunque in coda, oltre ai ministeriali, dovrebbero slittare anche i professori con tutto il comparto scuola. Quegli stessi docenti che oggi vedranno la firma definitiva del contratto di lavoro del 2019-2021 al pari dei medici. Ma a differenza dei camici bianchi, i prof hanno già ricevuto quasi tutti gli aumenti oltre un anno fa, alla fine del 2022, quando il governo ha deciso di "anticipare" la parte economica del contratto lasciando in sospenso soltanto quella normativa.

In realtà, rispetto ai 100 euro medi di aumento già ricevuto dai docenti, ci sarà un piccolo ritocco verso l'alto grazie allo stanziamento aggiuntivo di 300 milioni di euro ottenuti dal ministro dell'Istruzione e del merito Giuseppe Valditara. Una somma che farà salire lo stipendio medio di tutti i dipendenti del comparto scuola di circa 119 euro: 124 per i professori, 97 per il personale Ata e 190 euro per i direttori amministrativi.

IL PASSAGGIO

Chiusa con la scuola e i medici la vecchia tornata contrattuale, adesso tutto il mondo degli statali guarda al rinnovo del triennio in corso. Come noto il governo ha stanziato circa 8 miliardi di euro con l'ultima manovra di Bilancio, 2,3 dei quali destinati al comparto della Sanità. Per la convocazione dei tavoli delle trattative si aspetta il via libera da parte del ministero del Tesoro alla cosiddetta "direttiva madre" firmata da Zangrillo. Si tratta del documento con il quale il



ministro assegna gli obiettivi che l'Aran, l'Agenzia che tratta con i sindacati, dovrà perseguire con il rinnovo del contratto. L'intenzione che emerge dal documento, che *Il Messaggero* ha potuto leggere, è di puntare con più

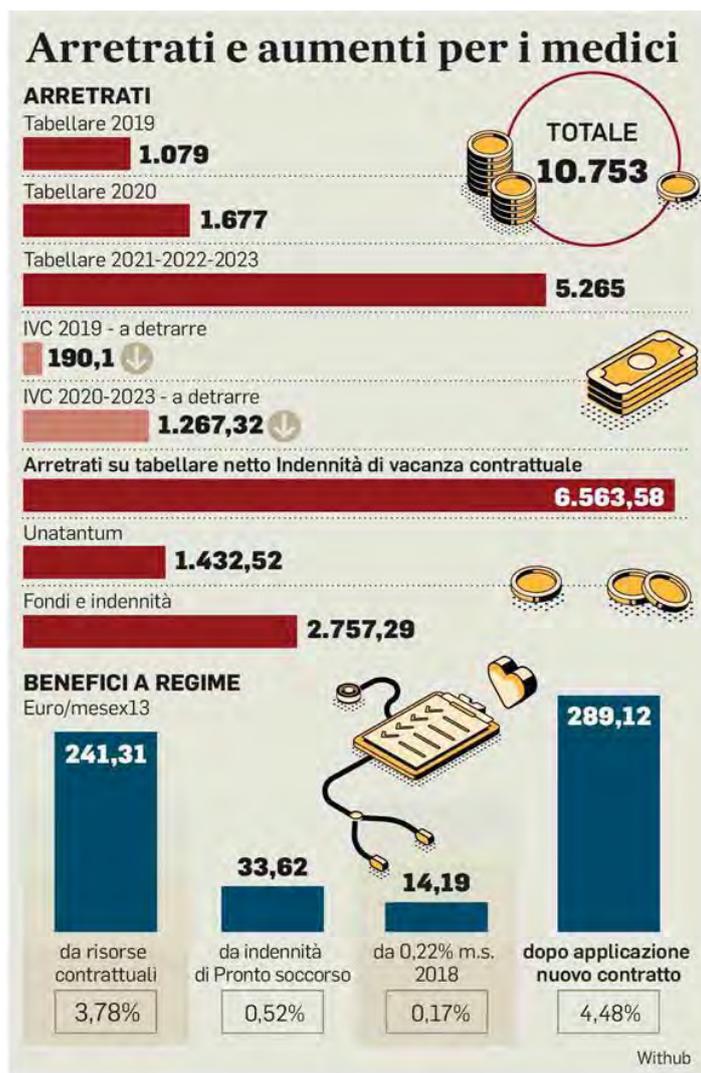
decisione sul merito. Le progressioni di carriera e gli scatti di stipendio ci saranno solo per i dipendenti più meritevoli, quelli che ottengono le valutazioni migliori. Ma sarà prevista anche la fissazione di una «soglia minima» nella valutazione, al di sotto della quale non potrà essere corrisposto nessun emolumento "accessorio" al dipendente. Secondo la direttiva sarà necessario «definire criteri idonei a garantire che alla differenziazione dei giudizi valutativi corrisponda una effettiva diversificazione

dei trattamenti economici». Non si potrà cioè dare più il massimo dei voti a tutti ed erogare i premi a pioggia. Il documento poi, prevede il "rilancio" della quarta area, quella introdotta nell'ultimo contratto con lo scopo di attirare "talenti" nella Pubblica amministrazione con stipendi di partenza da 70 mila euro. Ma fino ad oggi questa quarta area ha visto la luce solo in un ministero, quello dei beni culturali, mentre è rimasta sulla carta in tutte le altre amministrazioni.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**OGGI TOCCA ALLA
SCUOLA SIGLARE
L'ACCORDO 2019-2021
MA I PROFESSORI
HANNO GIÀ RICEVUTO
LE MAGGIORAZIONI**



Sanità24

17 gen
2024

DAL GOVERNO

S
24

Contratto medici 2019-2021, il via libera (con osservazioni) della Corte dei conti sblocca la firma definitiva in Aran il 23 gennaio

A seguito della certificazione della Corte dei conti, l'Aran ha convocato il 18 gennaio, alle 10.30, le organizzazioni sindacali per la sottoscrizione definitiva del Ccnl comparto Istruzione e Ricerca 2019-2021 e martedì 23 gennaio alle 11, per la firma del Ccnl area dirigenza sanitaria (medici, veterinari, ecc.). Si conclude così la tornata contrattuale relativa al triennio 2019-2021.

Il via libera al contratto dei medici per il triennio passato era arrivato dalla Corte dei conti nella tarda serata di martedì 16: il Ccnl 2019-2021 ha incassato una "positiva certificazione pur con le osservazioni contenute nel rapporto allegato alla deliberazione, in corso di stesura".



© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 gen
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Previdenza/ Come cambiano le pensioni nel 2024

di *Claudio Testuzza*

L'aumento delle pensioni per l'adeguamento al costo della vita sarà del 5,4%. Tale percentuale verrà applicata, come è già successo per il 2023, in misura piena solo a quegli assegni che a dicembre 2023 non superavano i 2.272 euro lordi mensili.



L'Inps nel mese di gennaio erogherà sui trattamenti l'aumento previsto dalla perequazione, cioè lo strumento con cui gli importi vengono adeguati al costo della vita. Gli importi non subiranno aumenti inaspettati, perché nella rivalutazione sono considerati gli importi lordi e quindi, al netto delle tasse. Quindi il netto non sarà alto quanto le cifre previste. Il pagamento delle pensioni è solito avvenire dal primo giorno del mese. Tuttavia il primo gennaio è un giorno festivo, e per questo motivo si incominciato a erogare le cifre a partire dal primo giorno bancario, ossia mercoledì 3 gennaio 2024. Ricordiamo che l'aumento della perequazione automatica, attribuito il 1° gennaio del 2023 in via provvisoria nella misura dello 7,3 %, è stato rideterminato, in via definitiva, nella misura dell'8,1%. Il relativo conguaglio, pari allo 0,8 %, è stato già applicato sulla rata di pensione del mese di dicembre 2023.

La percentuale del 5,4 % verrà applicata in misura piena solo a quegli assegni che a dicembre 2023 non superano i 2.272 euro lordi mensili, ossia quattro volte il trattamento minimo Inps, che è pari a 598,61 euro. La percentuale si ridurrà man mano che l'importo della pensione cresce: 4,6% fra 4 e 5 volte il

minimo (2.840 euro); 2,9% tra 5 e 6 volte il minimo (3.407,64 euro); 2,5% tra 6 e 8 volte il minimo (4.543,52 euro); 2% fino a 10 volte il minimo (5.679,40 euro); 1,2% oltre 10 volte il minimo (5.792,41 euro).

Le operazioni di rinnovo potrebbero aver generato conguagli a credito o a debito a vario titolo relativi all'importo di pensione erogato nell'anno 2023.

Questi importi vengono riportati nel cedolino di pensione del mese di gennaio 2024 con la descrizione "Conguaglio Pensione da Rinnovo".

Laddove le trattenute siano state effettuate in misura inferiore rispetto a quanto dovuto su base annua, le differenze a debito saranno recuperate, sulle rate di pensione di gennaio e febbraio 2024, fino ad anche con l'azzeramento dell'importo di pensione in pagamento nel caso in cui le imposte siano risultate pari o superiori all'importo del rateo mensile in pagamento. Per quanto riguarda le prestazioni fiscalmente imponibili, inoltre, a decorrere dal rateo di pensione di gennaio, oltre all'Irpef mensile, vengono trattenute le addizionali regionali e comunali relative al 2023 sulla base dell'ammontare complessivo delle sole prestazioni pensionistiche erogate dall'Inps. Queste trattenute sono infatti effettuate in undici rate nell'anno successivo a quello cui si riferiscono. Le somme conguagliate verranno certificate nella Certificazione Unica 2024.

Il grosso guaio per la rivalutazione delle pensioni, ancor più che dal Governo Monti-Fornero, nasce dal Governo Letta con la Legge 147/2013, dopo la quale dal 2014 al 2021, con l'unica eccezione del Governo Draghi (legge 234/2021 per il 2022), la rivalutazione è stata correlata all'importo complessivo del trattamento pensionistico, e con una unica percentuale sempre decrescente al crescere della misura della pensione e non come viene previsto nel caso dell'Irpef a scaglioni.

Infine, tutti i provvedimenti assunti dai vari Governi succedutisi e dal Parlamento determinano soprattutto riduzioni strutturali permanenti e crescenti alle pensioni.

In considerazione che anche le possibili indicizzazioni future saranno applicate ad importi di pensione ovviamente più ridotti, l'effetto, infatti, si cumula nel tempo, a maggior ragione quando i tagli sono ripetuti.

Condizione questa che la stessa Consulta aveva ripetutamente ammonito dal non continuare a fare, per non privare le pensioni d' importo più elevato della tutela dai danni inferti dai fenomeni inflattivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL VOTO SULLA COMMISSIONE D'INCHIESTA

Covid, scontro alla Camera

di **Alessandra Arachi**

a pagina 6

La maggioranza fa ripetere il voto Bagarre sulla commissione Covid

Prima lo stop, poi un secondo conteggio. L'opposizione abbandona: è stato un colpo di mano

ROMA Ieri il voto sulla commissione Covid ha preso in contropiede la maggioranza e ha scatenato la bagarre in commissione Affari sociali della Camera, con le opposizioni che hanno lasciato i lavori. Era il primo pomeriggio e la maggioranza dava per scontato l'esito della votazione sul relatore per la proposta di legge che istituisce una commissione d'inchiesta per il Covid. Non avevano fatto i conti con le assenze dalla loro parte, tra queste, per paradosso, proprio la relatrice Alice Buonguerrieri di Fratelli d'Italia.

Alla fine: undici voti a favore, undici contrari. Un pareggio che per il regolamento della Camera vuol dire esito negativo. Ma le opposizioni non hanno fatto in tempo ad esultare per il risultato. Luciano Ciocchetti vicepresidente della commissione di FdI, ha deciso in fretta: ha indetto una nuova votazione. Da notare: anche il presidente della

commissione, Ugo Cappellacci di Forza Italia, era assente.

Immediata la reazione delle opposizioni che, inutilmente, hanno cercato di fermare la seconda votazione. «È una forzatura inaudita», hanno detto all'unisono Matteo Ricchetti ed Elena Bonetti, da Azione. Dopo avrebbero invocato per questo l'intervento del presidente della Camera Lorenzo Fontana. Nel frattempo la votazione era stata fatta ed era finita dodici a zero. Le opposizioni hanno deciso di non votare per protesta.

Reazioni agguerrite da parte di tutti. Il M5S, in una nota: «È gravissimo il colpo di mano della maggioranza che ha modificato in corso d'opera le regole per ottenere il risultato voluto». Dal Pd Ilenia Malvasi: «Figura barbina della maggioranza». Marco Furfaro ha definito una «forzatura» la seconda votazione: «Anche in Parlamento è venuta meno la compattezza della maggio-

ranza: è un chiaro segnale politico». Luana Zanella, capogruppo di Alleanza verdi e sinistra: «Prima il presidente comunica la votazione: undici a undici, e il mandato al relatore non passa, poi fa di nuovo la votazione. La destra deve saper perdere».

Tommaso Foti, capogruppo FdI, è intervenuto a a giustificare Ciocchetti, suo compagno di partito: «Il fatto non sussiste. È previsto dal regolamento di poter rivotare e l'abbiamo fatto anche venti volte in aula. Si può chiedere una verifica del voto, così è stato. L'esito della prima votazione non era stato proclamato». Ciocchetti ha spiegato: «Ho avuto difficoltà a individuare il numero di votanti e presenti, per questo non ho proclamato l'esito della votazione e ho chiesto una controprova». Replica il dem Federico Fornaro: «Non ha seguito il Regolamento, che prevede l'appello nominale, facendo rifa-

re una votazione a distanza di mezz'ora dall'altra».

Da fuori ha fatto sentire la voce il leader del M5S Giuseppe Conte, premier durante la pandemia: «Non temiamo nessuna commissione di inchiesta. Ma purtroppo questa commissione è nata nel segno sbagliato, un plotone di esecuzione contro il governo precedente».

Alessandra Arachi

I contrasti

● Il luglio scorso è stata istituita alla Camera una commissione di inchiesta sulla gestione dell'emergenza Covid

L'ex premier

Conte: la commissione è un plotone di esecuzione contro il governo precedente

● Composta da 15 deputati e 15 senatori, ha tra l'altro l'obiettivo di indagare su piani pandemici, stati di emergenza, efficacia, tempestività e risultati delle misure adottate da governo e sue strutture di supporto

● Voluta dal centrodestra, la commissione è stata aversata da Pd e M5S, che hanno reagito parlando di «volontà vendicativa» contro i governi di allora



A Milano

Il murales in un quartiere periferico della città dell'artista Cosimo Cheone dedicato a medici e personale sanitario dell'ospedale Sacco



Caos alla Camera: la maggioranza va sotto ma poi richiama gli assenti per la ripetizione. Opposizioni in rivolta: "Precedente inaccettabile"

Commissione Covid, scontro sul voto bis

LAGIORNATA

PAOLO RUSSO
ROMA

È bagarre alla Camera sulla Commissione Covid, con la maggioranza che va sotto ma che poi va al Var e - attraverso quella che le opposizioni definiscono una grave forzatura regolamentare - fa ripetere il voto, a quel punto favorevole. Questo quando solo 40 minuti prima in Commissione Affari Sociali il voto per portare in Aula il testo, già approvato al Senato, era finito in parità: 11 a 11. Quanti erano i parlamentari dell'uno e dell'altro schieramento, a riprova che dopo essere partito lancia in resta contro la gestione dell'emergenza Covid, il centrodestra non si appassioni ora più di tanto alla crociata.

Soprattutto dopo le archiviazioni decise tanto dalle Procure di Brescia e Bergamo che dal Tribunale dei Ministri delle indagini aperte sull'operato di Conte, Speranza e dei presidenti di Iss e Consiglio superiore di sanità, Silvio Brusaferrò e Franco Locatelli.

Fatto è che in caso di parità, in base al regolamento della Camera, il voto si considera contrario. Ma la maggioranza non ci sta e chiede la controprova, portando così a casa il sì alla Commissione d'inchiesta dopo la chiamata alle armi degli assenti. Una giravolta di «gravità inaudita» secondo Matteo Richetti ed Elena Bonetti, capogruppo e vice di Azione-Iv. «La ripetizione di un voto con risultato

sfavorevole alla maggioranza è un precedente inaccettabile» dichiarano, chiamando in causa il presidente della Camera, Lorenzo Fontana. Per il M5S è «gravissimo il colpo di mano», anche perché la bocciatura era stata «un duro colpo alle aspirazioni del centrodestra di mettere in piedi questa vergognosa caccia alle streghe nei confronti di chi ha condotto il Paese attraverso la pandemia». «Non sono riusciti ad avere la maggioranza e dopo 40 minuti ci ripropongono di votare? Non si può fare dal punto di vista procedurale», protesta il pentastellato Andrea Quartini.

La vicenda è poi arrivata nell'Aula di Montecitorio diventando un vero e proprio caso politico. Il capogruppo

del Pd, Paolo Ciani, si è appellato alla presidenza affinché «la forzatura regolamentare che è stata fatta» fosse risanata. Spetta a Luciano Cicchetti di FdI, che al momento coordinava i lavori, dare una spiegazione in Aula: «Il regolamento prevede la controprova e io ho avuto difficoltà a individuare il numero dei votanti per la confusione di chi era sulla porta». «Distrazione o no - tiene a chiarire l'ex premier Conte - noi la Commissione d'inchiesta non la temiamo». Ma più di un dubbio sul rispetto delle regole democratiche serpeggia tra le opposizioni. —

Le tappe della vicenda

1

L'inchiesta
A marzo 2023, per la gestione del Covid, la procura di Bergamo indaga Conte e Speranza, premier e ministro all'epoca dei fatti.

2

L'archiviazione
Il 7 giugno, il tribunale dei ministri di Brescia archivia la posizione sia di Conte sia di Speranza «perché il fatto non sussiste».

3

La Commissione
Lo scorso 6 luglio, primo ok della Camera alla Commissione Covid. Conte e Speranza attaccano: «È un plotone di esecuzione».

4

L'ultima lite
Ieri, sempre alla Camera, caos sul testo già approvato al Senato: la maggioranza ha fatto ripetere la votazione, inizialmente sfavorevole.



IL CASO

Perché l'Autonomia fa male al servizio sanitario per tutti

NINO CARTABELLOTTA

Si scrive «autonomia differenziata», si legge «frattura del Paese». Ecco perché la tutela della salute va espunta dalle materie su cui le Regioni possono chiedere maggiori autonomie. - PAGINA 15



L'INTERVENTO

Nino Cartabellotta

Salviamo la Sanità pubblica dal disastro delle autonomie

Più potere alle Regioni aumenterebbe il divario tra Nord e Sud legittimando la frattura strutturale nel nostro Paese

Si scrive «autonomia differenziata» ma si legge «frattura del Paese», sicuramente in sanità. Ecco perché, con l'avvio della discussione parlamentare del ddl Calderoli, è cruciale ribadire che la tutela della salute deve essere espunta dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie. Perché in caso contrario si finirebbe per legittimare normativamente il divario tra Nord e



Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela del-

la salute. Ed esistono almeno sei buone ragioni per farlo.

Primo. Il Servizio sanitario nazionale attraversa una gravissima crisi di sostenibilità e il sotto-finanziamento costringe anche le Regioni virtuose del Nord a tagliare i servizi e/o ad aumentare le imposte per scampare al piano di rientro. E guardando alla crescita economica del Paese, all'impatto atteso del nuovo Patto di Stabilità e all'assenza di misure concrete per ridurre evasione fiscale e debito pubblico, non ci sono risorse né per rilanciare il finanzia-

mento pubblico della sanità, né tantomeno per colmare le disuguaglianze regionali. Inoltre, con l'autonomia differenziata le Regioni potranno trattenere il gettito fiscale, che non sarebbe più redistribuito su base nazionale, impoverendo ulteriormente il Mezzogiorno.

Secondo. Il Comitato istituito per definire i livelli essen-



ziali delle prestazioni (Lep) ha ritenuto che non sia necessario assolvere tale compito in materia di salute, perché esistono già i livelli essenziali di assistenza (Lea). Una pericolosa scorciatoia, visto che il ddl Calderoli rimane molto vago sul finanziamento oltreché sulla garanzia dei Lep secondo quanto previsto dalla Carta costituzionale. Ed è evidente che senza definire, finanziare e garantire in maniera uniforme i Lep in tutto il territorio nazionale è impossibile ridurre le disuguaglianze regionali.

Terzo. In sanità il gap tra Nord e Sud è sempre più ampio, al punto da configurare una vera e propria «frattura strutturale», come dimostrano sia i dati sugli adempimenti ai Lea sia quelli sulla mobilità sanitaria. Il monitoraggio 2021 dei Lea documenta infatti che delle 14 Regioni adempienti solo 3 sono del Sud (Abruzzo, Puglia e Basilicata) e tutte a fondo classifica: alla maggior parte dei residenti al Sud non sono dunque garantiti nemmeno i Lea. È queste disuguaglianze alimentano il fenomeno della mobilità sanitaria: nel 2021 4,25 miliardi scendono prevalentemente dalle Regioni meridionali verso Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, le Regioni che hanno già sotto-

scritto i pre-accordi per le maggiori autonomie e che complessivamente raccolgono il 93,3% dei saldi attivi. Di conseguenza, l'attuazione di maggiori autonomie in sanità nelle Regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione inevitabilmente amplificherà le disuguaglianze già esistenti.

Quarto. Le maggiori autonomie già richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ne potenzieranno le performance sanitarie e, al tempo stesso, indeboliranno ulteriormente quelle delle Regioni del Sud, incluse quelle a statuto speciale. In tal senso risulta ai limiti del grottesco la posizione dei presidenti delle Regioni meridionali governate dal centrodestra, favorevoli all'autonomia differenziata. Una posizione autolesionistica che dimostra come gli accordi di coalizione partitica prevalgano sulla salute delle persone. Alcuni esempi: la maggiore autonomia in termini di contrattazione del personale provocherà una fuga dei professionisti sanitari verso le Regioni più ricche, in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose, impoverendo ulteriormente quelle del Sud; così come l'autonomia nella determinazione del numero di bor-

se di studio per scuole di specializzazione e medici di medicina generale determinerà una dotazione asimmetrica di specialisti e medici di famiglia. Ancora, le maggiori autonomie sul sistema tariffario, di rimborso, remunerazione e compartecipazione rischiano di rendere i sistemi sanitari regionali delle entità con regole proprie, sganciate anche da un monitoraggio nazionale, agevolando anche l'avanzata del privato.

Quinto. Nonostante gli entusiastici proclami sui vantaggi delle maggiori autonomie anche per le Regioni del Sud, in sanità è certo che non ne esistono affatto per una ragione molto semplice. Essendo tutte, Basilicata a parte, in piano di rientro o addirittura commissariate (Calabria e Molise), non si trovano nelle condizioni di poter avanzare la richiesta, visto che i piani di rientro di fatto «paralizzano» dal punto di vista organizzativo i sistemi sanitari regionali.

Sesto. Il Pnrr, sottoscritto dall'Italia e per il quale abbiamo indebitato le future generazioni, persegue il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni. Ovvero, l'intero impianto normativo del ddl Calderoli contrasta il fine ultimo del Pnrr, che dovrebbe costituire un'ocasio-

ne per rilanciare il Mezzogiorno, accompagnando il processo di convergenza tra Sud e Centro-Nord quale obiettivo di crescita economica, come più volte ribadito nelle raccomandazioni della Commissione europea.

Ecco perché è fondamentale espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie. Se così non fosse, saremmo di fronte a una legittimazione normativa della «frattura strutturale» Nord-Sud che comprometterebbe l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute, rendendo le Regioni meridionali sempre più «clienti» dei servizi prodotti dalle Regioni del Nord e assestando il colpo di grazia al Servizio sanitario nazionale. Un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti, che viene oscurato dallo «scambio di favori» tra i fautori dell'autonomia differenziata e quelli del presidenzialismo. —

Il ddl Calderoli sarebbe il colpo di grazia al servizio sanitario nazionale

Al limite del grottesco la posizione di alcuni governatori del centrodestra

Presidente di Gimbe
Nino Cartabelotta, medico, guida la Fondazione Nella foto grande, una protesta dei camici bianchi durante lo sciopero



Il Fondo azzerato un mese fa sarà rifinanziato con 10 milioni per il 2024. Le associazioni: non basta, domani in piazza per l'autonomia nei Lea

Disturbi alimentari, il governo trova i soldi

IL CASO

SERENARIFORMATO
ROMA

Il governo ci ripensa. Il Fondo per il contrasto dei disturbi alimentari, azzerato un mese fa dalla legge di Bilancio, sarà rifinanziato con 10 milioni di euro per il 2024, grazie un emendamento al decreto Milleproroghe. Le proteste di opposizioni e associazioni hanno spinto l'esecutivo al dietrofront. Con il nuovo mini stanziamento, durante il Question time alla Camera, il ministro della Salute Orazio Schillaci ha annunciato l'esenzione «di sedici nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale» per chi soffre di anoressia e bulimia. Una risposta insufficiente, secondo il deputato Pd Marco Furfaro, firmatario dell'interrogazione con la collega dem Rachele Scarpa: «Serve andare oltre e mettere i disturbi del comportamento alimentare all'interno di un corpo autonomo dei Lea, i livelli essenziali di assistenza». Per

la stessa ragione, il Movimento Lilla – che raccoglie associazioni, malati e famigliari – ha confermato per domani la mobilitazione in 23 città: «Noi continuiamo a chiedere l'attuazione della legge» che prevede l'«autonomia dei disturbi del comportamento alimentare nei Lea», spiega Stefano Tavilla, fra i fondatori della Fondazione Fiocchetto Lilla.

I Lea indicano i livelli minimi di prestazione che tutte le sanità regionali devono offrire. Ancora oggi i disturbi del comportamento alimentare, indicati con la sigla Dca, vengono considerati dal sistema sanitario nazionale nell'area della salute mentale. La legge di Bilancio per il 2022 prevedeva che se ne facesse una categoria a sé stante, dunque con un budget separato da quello destinato alle patologie psichiatriche. «Il governo però non emana il decreto attuativo e la legge non può essere applicata», spiega Furfaro. Il Fondo

straordinario era stato previsto come temporaneo proprio in attesa della modifica normativa: 15 milioni nel 2023 e 10 milioni nel 2024. Eppure secondo Schillaci, gli stanziamenti precedenti sarebbero stati utilizzati dalle amministrazioni locali solo in parte: «Ad oggi, dalle relazioni intermedie presentate – sostiene il ministro – si evince che le Regioni e le Province autonome hanno impegnato il 59 per cento del finanziamento e speso solo il 3 per cento del finanziamento complessivo».

Dalle Regioni rivendicano il buon utilizzo dei soldi. In Toscana, per esempio, l'intesa ha permesso la contrattualizzazione di professionisti – psichiatri, neuropsichiatri, psicologi e dietiste – necessari al potenziamento dei servizi dedicati ai disturbi alimentari. «La nostra preoccupazione è poter garantire la continuità dei progetti avviati», dice Simone Bezzini, assessore alla Sanità del-

la giunta toscana. Nella Regione presieduta dal dem Eugenio Giani a ottobre 2024 termineranno le risorse del finanziamento attuale. Se il governo avesse confermato il taglio, questo avrebbe certamente comportato il mancato rinnovo dei contratti dei nuovi assunti. «Sin dall'inizio e fino al luglio 2023 – spiega Bezzini – le Regioni hanno rappresentato al ministero della Salute la necessità di rifinanziare la misura per non vanificare quanto fatto finora». Schillaci, alla Camera, ha promesso una soluzione definitiva, ma vaga: l'aggiornamento del nomenclatore tariffario e i nuovi Lea nel primo semestre del 2024, sostiene il ministro, «garantiranno la piena copertura finanziaria in modo strutturale per l'erogazione delle prestazioni a beneficio dei pazienti». —

ORAZIO SCHILLACI
MINISTRO
DELLA SALUTE



Ad oggi Regioni e Province autonome hanno speso il 3% del finanziamento complessivo



DISTURBI ALIMENTARI

 Il ministro rassicura:
cure garantite coi Lea

Negrotti a pagina 12

Il fondo sui disturbi alimentari? «Dieci milioni per rifinanziarlo»

ENRICO NEGROTTI

La cura dei disturbi alimentari sarà garantita grazie all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), che entreranno in vigore nel 2024. È questa la risposta del ministro della Salute, Orazio Schillaci, al *question time* di ieri a Montecitorio, dopo le rimostranze delle associazioni dei pazienti che lamentano l'azzeramento del Fondo nazionale per il contrasto ai disturbi dell'alimentazione. Il ministro ha anche rilevato che non tutti i fondi destinati ai disturbi alimentari sono stati spesi negli scorsi anni dalle Regioni. E ha annunciato che nel Decreto Milleproroghe verrà inserita una dotazione di 10 milioni di euro in attesa che il nuovo Nomenclatore tariffario entri nella piena operatività. Intanto ieri è iniziato in commissione Sanità al Senato l'iter del disegno di legge sui disturbi del comportamento alimentare, che introduce una nuova fattispecie di reato per chi istiga a comportamenti che possono favorire l'insorgere dei disturbi alimentari e riconosce queste patologie come "malattie sociali", contro le quali viene istituita una Giornata nazionale.

Le polemiche per l'azzeramento del Fondo per i disturbi alimentari ha portato le associazioni a promuovere manifestazioni di protesta che si concretizzeranno domani in molte città italiane, sotto lo slogan "Di disturbi alimentari si muore, oggi più di ieri". Infatti i dati sulla diffusione dei disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, la bulimia, disturbo da alimentazione controllata e disturbo evitante/restrittivo), indicano che sono circa 3-4 milioni le persone

colpite nel nostro Paese, per la quasi totalità donne. E provocherebbero la morte di circa 4mila persone l'anno. Seconda causa di morte tra i giovani dopo gli incidenti stradali, e in forte aumento dopo la pandemia. A preoccupare è anche l'insorgenza sempre più precoce di questi disturbi, che - già tipici delle età adolescenziali e giovanili - si sta abbassando all'infanzia.

Sarà il nuovo Nomenclatore tariffario previsto con l'aggiornamento dei Lea, ha detto ieri Schillaci, a garantire ulteriori 32 prestazioni ambulatoriali in esenzione ai pazienti affetti da anoressia e bulimia. «L'entrata in vigore del Nomenclatore, su unanime richiesta delle regioni è stata programmata al 1° aprile» ha aggiunto il ministro. Per questo primo trimestre, ha puntualizzato «ho deciso, con un emendamento che sarà proposto in conversione al cosiddetto decreto Milleproroghe, di mettere a disposizione del Fondo straordinario» dedicato, «pur in assenza della completa rendicontazione da parte delle Regioni, un fondo pari a 10 milioni di euro per il 2024». Anche se, con i nuovi Lea, dovrebbe essere superata la necessità di un Fondo straordinario come è stato finora sperimentato. Il riferimento alla legge di Bilancio 2022 che aveva previsto 15 milioni nel 2022 e altri 10 nel 2023. E il ministro ha fatto notare che la rendicontazione finanziaria delle Regioni dovrà arrivare entro il 31 ottobre: «Per il momento - ha precisato Schillaci - sono state presentate al ministero delle relazioni intermedie da cui risulta che le Regioni hanno impegnato il 59% del finanziamento e speso solo il 3% del finanziamento complessivo».

Il nuovo disegno di legge introduce nel Codice penale l'articolo 580-bis per punire la «istigazione al ricorso di condotte alimentari idonee a provocare o rafforzare i disturbi del comportamento alimentare», prevedendo fino a 2 anni di reclusione e sanzioni dai 20mila ai 60mila euro, per «chiunque, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, determina o rafforza l'altrui proposito di ricorrere a condotte alimentari idonee a provocare o a rafforzare i disturbi del comportamento alimentare, e ne agevola l'esecuzione». Se la condotta è rivolta a persone in difesa minorata o inferiori ai 14 anni, reclusione fino a 4 anni e sanzioni tra i 40mila e i 150mila euro. Previsto un piano di interventi da parte del Servizio sanitario nazionale. Allo studio modalità per impedire che i minori accedano a siti che diffondono messaggi che possono rappresentare un pericolo di istigazione a condotte alimentari idonee a provocare i disturbi reindirizzando l'utente verso un portale digitale dedicato a fornire corrette informazioni.

SANITÀ

Dopo le proteste delle associazioni dei pazienti il ministro della Salute, Schillaci, annuncia che le cure continueranno a essere garantite grazie all'aggiornamento dei Lea. Il disagio in età sempre più precoce



17 gen
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Schillaci: nel Milleproroghe 10 milioni al fondo per i disturbi dell'alimentazione

"In attesa della piena operatività del nuovo Nomenclatore tariffario e dell'ulteriore aggiornamento dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), atteso per il primo semestre 2024, al fine di garantire ai pazienti con disturbi del comportamento alimentare un'appropriata

presa in carico da parte delle strutture regionali ho deciso, con un emendamento che sarà proposto in conversione al decreto Milleproroghe, di mettere a disposizione del Fondo straordinario dedicato, pur in assenza della completa rendicontazione da parte delle Regioni, un fondo pari a 10 milioni di euro per il 2024". Lo ha annunciato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, rispondendo a un'interrogazione durante il Question Time alla Camera, dopo le preoccupazioni espresse dalle associazioni di pazienti e famiglie sul mancato rifinanziamento del Fondo nell'ultima legge di Bilancio. "Resta fermo - ha precisato Schillaci - che, con l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore tariffario e dell'ulteriore aggiornamento dei Lea, sarà garantita finalmente la piena copertura finanziaria in modo strutturale per l'erogazione delle prestazioni a beneficio di tutti i pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, rendendo di fatto non più necessario un qualsivoglia Fondo straordinario a carattere temporaneo che finora è stato sperimentato".

"Ad oggi - ha spiegato il ministro - i pazienti affetti da anoressia e bulimia possono vedere soddisfatto il loro diritto di usufruire in esenzione delle



prestazioni di specialistica ambulatoriale appropriate per il monitoraggio del disturbo. L'entrata in vigore del nuovo nomenclatore, su unanime richiesta delle Regioni, è stata programmata al primo aprile: gli assistiti potranno accedere a 16 nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale. Ferme restando queste prestazioni, nell'ambito della proposta di aggiornamento dei Lea, la commissione per i Lea ha rilevato l'importanza di introdurre ulteriori 16 prestazioni di assistenza ambulatoriale da concedere in esenzione per il monitoraggio e la prevenzione di complicanze collegate, che sommate alle precedenti diventeranno 32".

La legge di Bilancio del 2022 aveva previsto, nelle more dell'aggiornamento dei Lea, l'istituzione presso il ministero della Salute di un Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione con dotazione di 15 milioni di euro per l'anno 2022 e 10 milioni per l'anno 2023. Fondo che l'ultima manovra non è stato rifinanziato. "Ad oggi dalle relazioni intermedie presentate da un apposito comitato tecnico-scientifico - ha sottolineato Schillaci - si evince che le Regioni e le Province autonome hanno impegnato il 59% del finanziamento e speso solo il 3%". Le risorse complessive, quindi, ha concluso il ministro, sono state ripartite sulla base delle quote in eccesso di fabbisogno, ed entro il 31 ottobre di quest'anno le Regioni/Pa dovranno trasmettere una relazione e rendicontazione finanziaria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 gen
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Anoressia/ Marinella Di Stani: «Ripristinare il Fondo nazionale e inserire tutte le prestazioni gratuitamente nei Lea»

di Barbara Gobbi

«Sui disturbi del comportamento alimentare - in quanto patologie ad approccio multidisciplinare - va introdotta la gratuità non solo delle cure psicologiche-psichiatriche ma anche di quelle nutrizionali e cliniche necessarie per la guarigione del paziente. Altrimenti c'è un rischio di inappropriatelyzza e di intasare gli ospedali, che vanno utilizzati solo quando serve».

Marinella Di Stani è responsabile del Pdta dell'Ausl della Romagna e coordinatrice del tavolo tecnico regionale del programma Dca della Regione Emilia Romagna. A livello nazionale fa parte del tavolo di coordinamento per l'adeguato utilizzo dei fondi dell'Intesa Stato-Regioni che ha ripartito il finanziamento dei 25 milioni per il contrasto dei Dca introdotto a suo tempo dal Governo Draghi ma non "rinnovato" dall'ultima legge di Bilancio. Con buona pace di almeno 22mila giovani, soprattutto in età evolutiva e per il 60% concentrati nel Sud e nelle isole, con anoressia, bulimia e altri Dca. E in un Paese che come sempre avviene in sanità si presenta spaccato e a più velocità - il Nord traina, il Sud arranca - quei 25 milioni, per quanto non ancora sufficienti, stavano segnando una differenza. Le risorse, che hanno consentito assunzioni di personale a tempo



determinato e l'attivazione di ambulatori sul territorio, "scadranno" il prossimo ottobre. E se il ministero della Salute non troverà altri soldi, si rischia di tornare drammaticamente indietro, lasciando scoperti pazienti e famiglie e poi, certo, il personale sanitario impiegato in quest'ultimo biennio.

Dottoressa Di Stani, la sua è una delle Regioni più "avanti" in termini di risorse e organizzazioni dei servizi per i Dca...

In Emilia Romagna l'assessore Donini ha preso atto del "taglio" e ha garantito una rimodulazione di tutte le risorse sulla salute mentale così da garantire la continuità assistenziale e non interrompere i contratti, ma piuttosto modularli in modo da mantenere un'impalcatura e un'organizzazione basata sui Pdta. Una modalità che ci auguriamo sia acquisita anche dalle altre Regioni. Nel frattempo il ministro ci pensi, e sappiamo che lo sta facendo, perché questo è un tema di grande attualità così come del resto altre patologie nell'ambito della salute mentale che richiedono un approccio multidisciplinare e continuità delle cure.

Di cosa hanno bisogno in particolare le persone con Dca?

Il 70% dei pazienti può arrivare a guarigione dal sintomo, ma questo non vuol dire che non abbia bisogno di un trattamento altrettanto puntuale, multidisciplinare ed evidence-based così come altri malati. Stiamo aspettando dal ministero non solo i soldi ma la rimodulazione dei Lea: bisogna aumentare le tariffe di rimborso per i disturbi alimentari e accrescere il numero delle prestazioni gratuite all'interno del codice 005 che identifica la patologia di anoressia e bulimia, al cui interno le cure gratuite sono solo nove e prettamente psicologiche-psichiatriche. Mentre esami come la densitometria ossea ad esempio o come l'elettrocardiogramma che sono fondamentali per queste patologie dovrebbero anch'esse essere del tutto gratuite. Il fatto che vada pagato un ticket, infatti, fa sì che le famiglie ricorrono più facilmente al ricovero sia in day hospital che in residenzialità perché durante il ricovero si assicurano cure tutte gratuite. Questa è una patologia "da territorio", da seguire in équipe ambulatoriali e integrate, multidisciplinari, dotate di strumenti sia dal lato delle prestazioni psicologiche-psichiatriche sia sul fronte somatico. Cure che possono essere erogate in loco senza ricorrere al ricovero se non in casi eccezionali.

Le famiglie sono oberate da costi continui che si sommano al rischio inappropriata, quindi?

È per questo motivo che chiediamo che le prestazioni gratuite per i disturbi alimentari aumentino e che i Lea eroghino come gratuite quelle che sono più frequenti. Anche gli esami del sangue, ad esempio: una ragazza bulimica che vomita tutti i giorni deve ripeterli almeno 2-3 volte alla settimana. Il dover pagare il ticket pone una questione di costi per le famiglie, costrette oltre che alla sofferenza a esborsi per esami che sono tanti e che si devono ripetere nel tempo. Questo apre un problema di appropriatezza nella scelta delle

strutture: avere le prestazioni gratuite consentirebbe di rimanere nel setting di cura appropriato che per tali patologie è il trattamento ambulatoriale, anche intensivo, dove si possano erogare anche i pasti assistiti o gli integratori alimentari così come le prestazioni psicologiche.

Ciò detto, esiste anche un tema di gap Nord-Sud che i fondi stanziati stavano parzialmente recuperando

I fondi sono andati essenzialmente a équipe multidisciplinari ambulatoriali e questo è stato di supporto alla necessaria garanzia di appropriatezza che ha consentito di limitare e riservare i ricoveri e le strutture di riabilitazione solo ai pazienti che ne avessero davvero bisogno. Il livello più "basso", a cui accede il 70% di questi pazienti, deve avere gli strumenti per poterli curare che sono la continuità di personale e di prestazioni nei "day service", dove si erogano anche i pasti assistiti e il paziente viene visto in maniera più frequente. Oggi per un pasto assistito erogato in ambulatorio per volte in una settimana, la famiglia paga tre volte il ticket.

Quindi servirebbero dei veri e propri Pdta?

Esattamente, ricostruendo tutto l'effettivo percorso del paziente. Nel gruppo di coordinamento con i tecnici del ministero, abbiamo più volte chiesto la revisione dei Lea proprio nello specifico delle prestazioni evidence-based che vengono erogate a questi pazienti. Una rivisitazione necessaria che limiterebbe nettamente anche i "viaggi della speranza" da una Regione all'altra.

Insomma con i 25 milioni stanziati due anni fa qualcosa si era mosso?

Assolutamente sì: ogni Regione ha già re impostato i servizi, si è data degli obiettivi e si è dotata di un tavolo tecnico e sta aprendo ambulatori. Stavamo andando nella direzione che il ministero ci indicava. Ora bisogna che continuiamo a sostenerci... io sono fiduciosa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 gen
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Di Milleproroghe: Di Silverio (Anaa), bene emendamento scudo penale ma estenderlo al 2025

«L'emendamento sullo scudo penale che dovrebbe essere introdotto nel decreto Milleproroghe risponde alle richieste dell'Anaa Assomed e di questo ringraziamo la sensibilità delle forze politiche, in particolare l'on. Annarita Patriarca (FI) e del ministro della salute Orazio Schillaci che lo sostengono.

Chiediamo però che sia esteso a tutto il 2025, in attesa che si concluda l'iter per arrivare alla depenalizzazione dell'atto medico». Così Pierino Di Silverio, Segretario nazionale Anaa Assomed, riferendosi alla richiesta che è stata avanzata nel documento presentato alle Commissioni Affari Costituzionali e Bilancio della Camera sul ddl Milleproroghe.

«I preoccupanti dati sull'andamento della pandemia Covid-19 e la sua corrente diffusione – sottolinea Pierino Di Silverio Segretario nazionale Anaa Assomed - ripropongono l'attualità del "cosiddetto scudo penale" ritenendo che possa svolgere una funzione di richiamo alla valutazione delle situazioni emergenziali "con gli occhi della colpa grave", come sottolineato da anni dalla giurisprudenza. Indipendentemente dalla natura dell'emergenza, epidemica o no. Va quindi ribadito il carattere generale della punibilità dei professionisti della sanità solo per colpa grave, con riguardo ai fatti commessi in una situazione di emergenza, qualunque essa sia. È un fatto notorio che la carenza degli organici, come testimoniato dalla letteratura internazionale, sia fattore di rischio di eventi avversi, e questo



dato rappresenta una vera e propria emergenza.

«È sicuramente di primaria importanza – prosegue Di Silverio - limitare, in generale, la punibilità dei reati di omicidio colposo o di lesioni personali colpose commessi dagli esercenti una professione sanitaria ai soli casi di colpa grave, come ribadito sia dalla giurisprudenza che da molti disegni di legge assegnati in Parlamento e come anche rappresentato nelle mozioni in materia di disciplina della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e per il superamento delle criticità connesse alla carenza di organico del personale, approvate in Aula alla Camera l'11 gennaio scorso. Dobbiamo anche tener conto del notevole numero di procedimenti penali avviato nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie, il cui esito, nella quasi totalità dei casi, si risolve con il proscioglimento, ma che ha come diretta conseguenza l'incremento della medicina difensiva con aggravio di costi per la sanità pubblica, oltre all'inevitabile ed ulteriore ingolfamento delle liste di attesa. Traendo insegnamento dalle criticità emerse durante la pandemia da Covid-19, è opportuno introdurre un riferimento all'eventuale eccezionalità del caso concreto o delle circostanze in cui lo stesso si verifica, così da evitare, per il futuro, la necessità di fare ricorso alla legislazione di emergenza. L'accertamento circa la natura "gravemente colposa" di una determinata condotta terapeutica non può limitarsi all'eventuale adesione alle linee guida o buone pratiche di settore, ma deve basarsi anche su altri fattori, quali ad esempio, l'eccezionalità del caso concreto o del contesto in cui lo stesso si verifica, il livello di esperienza e specializzazione sia del singolo sanitario, che della struttura in cui questi è inserito, nonché le risorse concretamente messe a disposizione dell'operatore. Le oggettive carenze organizzative della struttura sanitaria in cui si verifica l'evento avverso non devono ricadere sugli operatori sanitari in sede di accertamento giudiziale del grado della colpa. Occorre quindi valutare la coerenza della condotta non solo rispetto alle evidenze scientifiche disponibili, ma anche alle specifiche condizioni di lavoro e alle eventuali carenze strutturali e organizzative. In tale prospettiva – conclude Di Silverio - la valutazione del grado della colpa dovrebbe tener conto della particolare situazione di emergenza lavorativa in cui il fatto si è verificato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tessera sanitaria, dal 2024 trasmissione semestrale

Dal 2024 la trasmissione semestrale dei dati al Sistema tessera sanitaria (Sts) è stata definitivamente messa a regime. Ciò significa che, a partire dalle spese sanitarie e veterinarie sostenute nel 2023, la trasmissione deve avvenire entro il 31/01/2024, per quelle sostenute nel secondo semestre (luglio-dicembre) dello scorso anno ed entro il 30/09/2024 per le spese sostenute nel primo semestre 2024.

Questa una delle recenti novità, come introdotta dall'art. 12 del dlgs 1/2024 (decreto sulla semplificazione degli adempimenti tributari) emanato nel rispetto della legge 111/2023, avente a oggetto la revisione del sistema tributario nazionale, che fissa, a regime, l'invio semestrale dei dati.

Si ricorda che, il comma 3 dell'art. 3 del dlgs 175/2014 ha previsto che il Sistema tessera sanitaria (Sts), metta a disposizione dell'Agenzia delle entrate le informazioni riferibili alle spese sanitarie sostenute dai contribuenti italiani, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata.

Per questo motivo, pertanto, la detta norma dispone che le citate informazioni debbano essere trasmesse telematicamente al Sistema tessera sanitaria (Sts) dalle strutture sanitarie accreditate e dagli iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Sono obbligati, al detto adempimento, numerosi operatori sanitari come tutti gli iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le farmacie pubbliche e private, le aziende sanitarie locali (Asl), le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs), i policlinici universitari, i presidi di specialistica ambulatoriale, le strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa, gli altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari, le parafarmacie, nonché gli iscritti agli albi professionali degli psicologi, gli infermieri, le/gli ostetriche/i, i tecnici sanitari di radiologia medica e veterinari, gli ottici, gli infermieri pediatrici e le strutture sanitarie autorizzate e non accreditate dal servizio sanitario nazionale (Ssn).

L'obbligo riguarda i dati indicati nei documenti di spesa (scontrini, fatture o ricevute) necessari per la detrazione delle spese sanitarie, con la conseguen-

za che devono essere trasmesse tutti i dati riferibili a prestazioni sanitarie, certificative e di natura peritale rilasciate a persone fisiche, prescindendo dal fatto che, ai fini Iva, la fattura sia assoggettata o meno dal tributo; le spese per le perizie medico legali e relative alle spese per l'emissione di certificati concernenti lo stato di salute del contribuente assistito, documentate mediante fatture intestate allo stesso, devono essere comunicate al Sts con il codice "SR", a prescindere dall'applicazione dell'Iva.

Si deve fare riferimento alle prestazioni sanitarie effettuate dai professionisti e dalle strutture indicate, alle spese relative all'acquisto di farmaci, anche omeopatici, alle spese relative all'acquisto o affitto di dispositivi medici e ai servizi sanitari erogati dalle parafarmacie e ad altre spese sanitarie.

Per quanto concerne le spese veterinarie, invece, si deve far riferimento a quelle concernenti gli animali individuati da un preciso provvedimento (dm 6/06/2001 n. 289) ovvero a quelle per la cura di animali detenuti per compagnia o per la pratica sportiva, restando escluse dall'obbligo di comunicazione quelle spese sostenute per animali destinati all'allevamento, alla riproduzione o al consumo alimentare, allevati o detenuti nell'esercizio di attività commerciali o agricole.

Si evidenzia, ulteriormente, che per i periodi d'imposta dal 2019 al 2024 non è stato e non sarà possibile emettere fatture di tipo elettronico, se i dati contenuti sono anche quelli da trasmettere al Sistema tessera sanitaria (Sts), con la conseguenza che anche per l'anno in corso (2024) dovrà essere emessa fattura su supporto cartaceo a cura degli operatori sanitari, a prescindere dal fatto che la citata trasmissione avvenga o meno.

Resta vietata, infine, l'emissione di fatture in formato elettronico anche a cura di soggetti che, pur non essendo tenuti all'invio dei dati al sistema indicato, emettono fatture relative a prestazioni sanitarie effettuate nei confronti delle persone fisiche.

Infine, resta ancora inalterata la modalità di trasmissione dei dati, da eseguirsi sempre telematicamente tramite l'utilizzo dei canali predisposti (online, sincrono o asincrono).

Fabrizio G. Poggiani



Fine-vita, la sfida di altre 10 Regioni Salvini: in Veneto avrei votato no

IL CASO

ROMA Il caso Veneto riapre la discussione sul fine vita. Se in Parlamento la maggioranza non sembra intenzionata a legiferare, l'Associazione Luca Coscioni ha annunciato che oggi porterà in Regione Lombardia le firme raccolte per un testo normativo. Ma altre proposte di legge sono state depositate in Piemonte, Emilia-Romagna, Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Basilicata, Lazio, Marche, Calabria e Puglia. Quest'ultima, in realtà, ha emanato anche una delibera sul tema. Ma, sottolinea Matteo Mainardi (coordinatore nazionale della campagna "Liberi subito"), qui i problemi sono due: il primo è che, essendo una delibera, «al primo cambio di giunta si potrà ritirare». E poi, aggiunge Mainardi, manca «la previsione del termine massimo di 20 giorni» per il rilascio del parere al paziente che lo richiede. Chi si batte per una legge sul fine vita sottolinea infatti il valore del «fattore tempo» che, per chi vive in «sofferenze intollerabili» (così la Corte Costituzionale nel 2019), non è secondario. E arriviamo così alla sentenza della Consulta del 242/019, sulla base della quale il via libera al suicidio medicalmente assistito si può chiedere quando: il paziente è tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitali; è affetto da una patologia irreversibi-

le, «fonte di sofferenze intollerabili»; è pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Le condizioni sono cumulative e una legge più restrittiva sarebbe incostituzionale.

LE PROPOSTE

In Parlamento giacciono due proposte di legge. Una, in Senato (prima firma del dem Alfredo Bazoli), è assegnata a due commissioni riunite (Giustizia e Affari sociali). L'esame

però non è ancora partito. Il testo del Pd riprende una proposta di legge approvata dalla Camera (ma non dal Senato) durante la scorsa tornata e poi caduta con la fine della legislatura. Un lavoro frutto di una mediazione interna ai dem, nel quale si prevede che a dare il nulla osta al fine vita sia un Comitato per la valutazione clinica, entro 30 giorni dalla richiesta. Il comitato è composto da figure varie, da medici specialisti fino a professionisti con competenze bioetiche e giuridiche. Questa proposta di legge (come detto, ferma al palo) è stata però bollata dalle associazioni più attive sul tema del fine vita come poco incisiva. Anche per questo, il deputato di Più Europa Riccardo Magi ne ha presentata un'altra, stavolta alla Camera. Rispetto a quella dem (che le richiede entrambe), si ritiene sufficiente l'esistenza di una sola delle seguenti condizioni: una patologia o condizione clinica «irreversibile» con sofferenze fisiche e psicologiche «assolutamente intollerabili»;

oppure, che la persona sia «tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente». In questo modo, argomenta Magi, la norma diventa meno «discriminatoria» e si applica anche a pazienti oncologici o sotto terapie farmacologiche. Mentre, alla pari del testo depositato dal Pd, rimane la possibilità per il medico coinvolto di opporre obiezione di coscienza (salvo l'obbligo per le Regioni di assicurare comunque questa procedura). Magi rimarca la messa per iscritto nella sua proposta di «una procedura dettagliata e la previsione dei tempi massimi per attuare ogni passaggio», perché «il trascorrere del tempo, in questi casi, è fonte di sofferenze intollerabili». Molto difficile però pensare a iniziative della maggioranza sul tema. In Veneto, FdI e Forza Italia hanno votato «no» alla proposta di Zaia e Matteo Salvini ha detto che avrebbe fatto lo stesso («la mia posizione è assolutamente chiara: la vita va tutelata dalla culla alla fine», anche se nella Lega «c'è libertà di pensiero»). Mentre la linea di FdI in Parlamento è di potenziare le cure palliative.

Gianluca Carini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IN PARLAMENTO
GIÀ PRESENTATE DUE
PROPOSTE DI LEGGE
DOPO LA PRONUNCIA
DELLA CONSULTA
DI QUATTRO ANNI FA**

**IN PREPARAZIONE
UN DECRETO
CONTRO I REATI
DIGITALI
E NUOVE NORME
SUI "CRIPTOFONINI"**



LA PROPOSTA DI LEGGE PRESENTATA IN PIÙ CONSIGLI PORTA FUORI STRADA

Leggi regionali? Diritto alla vita inviolabile: lo dice la Costituzione

PAOLO CAVANA

Come ha documentato la cronaca di questi giorni, è stata presentata in alcune Regioni una proposta di legge d'iniziativa popolare intitolata «Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito» che – recita la relazione al testo – «si pone l'obiettivo di definire il rispetto e la diretta applicazione, relativamente a ruoli, procedure e tempi del Servizio sanitario nazionale/regionale di verifica delle condizioni e delle modalità di accesso alla morte medicalmente assistita, affinché l'aiuto al suicidio non costituisca reato, così come delineato dalla sentenza della Corte costituzionale Antoniani/Cappato, numero 242/2019». Con tale sentenza la Corte, nel ribadire che il nostro ordinamento tutela il diritto alla vita e non un preteso «diritto a morire», si è limitata a dichiarare la parziale incostituzionalità dell'art. 580 del Codice penale (Istigazione o aiuto al suicidio), nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, previa garanzia di accesso alle cure palliative, «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente». L'area così circoscritta di non punibilità del reato dovrà quindi essere accertata nei suoi presupposti da una struttura pubblica del Ssn/regionale, previo parere di un comitato etico. Secondo la

proposta di legge in oggetto, spetterebbe al legislatore regionale disciplinare questa procedura, che rientrerebbe nell'ambito della potestà legislativa concorrente delle Regioni in materia di «tutela della salute» (art. 117, c. 3 Costituzione). Infatti il progetto, secondo i suoi proponenti, si limiterebbe a dettare «norme organizzative e procedurali per l'erogazione di prestazioni sanitarie» mentre i principi fondamentali cui essa dovrebbe attenersi sarebbero quelli già dettati dalla pronuncia della Corte costituzionale.

Si tratta di una valutazione assai discutibile e riduttiva. Infatti un simile progetto non si limita a intervenire solo su aspetti organizzativi e procedurali ma incide sulla stessa tutela del diritto alla vita, diritto inviolabile a norma della nostra Costituzione (art. 2) e sul quale sembra da escludersi una competenza diretta delle Regioni, anche per evitare in una materia così delicata, che ha implicazioni anche su soggetti terzi (parenti, possibili eredi, etc.), una disciplina differenziata sul territorio nazionale.

Nel merito la proposta risulta poi, fin dal titolo, fuorviante e quasi provocatoria. Essa parte dal presupposto di un «diritto all'erogazione dei trattamenti disciplinati dalla presente legge» (art. 1, co. 2), ossia di un preteso diritto al «suicidio medicalmente assistito», che risulta palesemente in contrasto con la stessa pronuncia della Corte costituzionale, la quale ha esplicitamente affermato l'inesistenza sia di un «diritto a morire», come tale tutelato nel nostro ordinamento, sia di un obbligo del personale medico di prestare un simile aiuto. Infatti la Corte ha precisato che una simile «assistenza» al suicidio non può comportare alcuna partecipazione alla formazione del proposito suicidario (istigazione al suicidio, art. 580 Codice penale) né alla sua attuazione concreta (omicidio del consenziente, art. 579 Codice penale) ed è soggetta a una serie di condizioni e presupposti inderogabili, tra cui la previa garanzia dell'accesso a cure palliative e terapie del dolore.

In sostanza la sola prestazione sanitaria che il Ssn è tenuto a erogare in questi casi – assai rari – è l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore, da assicurarsi peraltro a tutti, non certo quello di agevolare il suicidio del paziente, di cui deve solo accertare l'esistenza delle condizioni di non punibilità dell'eventuale aiuto prestato da terzi, che nella fattispecie esaminata consistette nel trasporto in auto del paziente in Svizzera, dove le fu praticato il suicidio assistito.

È questo un punto assai delicato in quanto le cure palliative e le terapie del dolore, come pure un'adeguata formazione in tal senso del personale medico, se pure già previste dalla legge nazionale (legge n. 38/2010), stentano ancora a essere assicurate in moltissime strutture del Ssn a livello regionale.

Questa è la vera priorità per assicurare un percorso di fine vita conforme alla dignità di ogni persona umana, non quello di agevolare l'accesso a un preteso «suicidio medicalmente assistito», che rischia anzi di disincentivare l'offerta di terapie del dolore. Infatti il rischio, come indicato dalla stessa Corte costituzionale, è che la non punibilità dell'aiuto al suicidio, se pure nei ristretti limiti da essa indicati, possa risolversi in un alibi, motivato anche da ragioni economiche ed organizzative, a non implementare queste terapie, che sono la risposta più umana ed efficace, insieme a un auspicabile sostegno psicologico e affettivo, per alleviare le sofferenze e i timori dei pazienti, soprattutto di quelli più fragili e vulnerabili.

Solo in questo modo potrà essere garantita a ogni paziente una scelta davvero libera e consapevole, che potrà includere, a fronte di sofferenze divenute per lui intollerabili, anche il rifiuto o la sospensione dei trattamenti di sostegno vitale con la possibile applicazione contestuale di adeguate terapie del dolore, compresa la sedazione profonda.

**Ordinario di Diritto ecclesiastico
Università Lumsa - Roma**



È VITA

La sofferenza “cancellata”

Botturi a pagina 15



Quando la sofferenza è “cancellata”

FRANCESCO BOTTURI

Il bene comune, come criterio di unità e di promozione del tutto sociale, legittima provvedimenti a favore della soppressione consenziente della vita? Di che cosa vive una società che accetta di gestire la morte? Il libero consenso ha maggior valore della conservazione della vita? Se il potere di scelta (autodeterminazione) si propone come potere di legittimazione, il contenuto della scelta diventa indifferente, perché il valore è tutto dalla parte della decisione, e perciò potenzialmente qualunque contenuto di scelta è legittimo. Che cosa ne è di tutto ciò nell'esperienza del patimento (dolore e sofferenza)? La libertà si fa giusta alleata di tutto ciò che li possono ridurre o eliminare, perché - va notato - anche la più libertaria delle libertà alla fine non è del tutto indifferente al positivo o negativo dell'esperienza... Tuttavia, una libertà tutta concentrata in sé stessa è anche in balia di sé stessa, delle sue debolezze, delle sue illusioni, ma anche dei suoi incubi. Oggi dovrebbe stupirci l'impressionante povertà culturale e simbolica circa il senso del patire. Non più cristiani e non ancora nuovi veri pagani, ricchi di nuove mitologie, noi uomini di oggi viviamo il patimento come una condizione fatale, anonima, solitaria, insensata e ragionevole solo come oggetto di manipolazione tecnica.

In ogni sofferenza, invece, è contenuto il riverbero dell'universale esperienza del soffrire: questo mio dolore pone una questione di senso che è comune ai dolori di oggi, di sempre, di tutti. Questo è, infatti, lo

specifico del soffrire umano: il suo essere in relazione con la totalità dell'esistenza, che nel suo insieme è messa a prova dalla sofferenza.

Ogni patimento introduce a questa esperienza cruciale e pone l'interrogativo sul suo senso, la sua giustizia, la sua accettabilità.

Il predominio della mentalità tecnologica, invece, suggerisce di trasformare ogni situazione in “null'altro che” un problema da risolvere. Nell'età contemporanea la tecnica è divenuta la modalità prevalente con cui la realtà in generale è compresa e affrontata. La tecnica si costituisce oggi come l'orizzonte di senso entro cui si assegnano i significati alle cose. Di conseguenza anche la sofferenza tende a essere interpretata in termini tecnici, come fosse anche lei solo un problema oggettivo da risolvere, piuttosto che un interrogativo a cui rispondere.

Il primato di tale mentalità scientifica comporta l'idea che tra bisogno e sapere tecnico-scientifico ci sia un'essenziale adeguatezza. Che cosa sia bisogno, quali siano le sue dimensioni umane e quali ne siano i valori e i disvalori ci si aspetta che siano la scienza e la tecnica a deciderlo. Non si tratta, evidentemente, di misconoscere i benefici del progresso tecnico-scientifico ma di porre la que-

stione della capacità di tenere in conto il tutto umano che è coinvolto nel problema della malattia, del dolore e della sofferenza, essendo incombenente il pericolo di ritenere significativo del malato e del sofferente solo ciò che è scientificamente e tecnicamente oggettivabile in modo separato dalla totalità umana cui appartengono. È in tal modo che la sofferenza cessa di essere “esperienza” riconosciuta e riconoscibile. Come il morire, anche la sofferenza è tenuta in disparte, affidata al privato individuale, povero di parole significative; oppure è spettacolarizzata, in ogni caso comunque dissolta come domanda di senso. «La coscienza inclina a divenire muto “stato d'animo”» (Giuseppe Angelini) nei confronti della stessa propria esperienza, non legittimata dalla cultura ufficiale a esprimersi nel grido, nel timore, nella domanda inevitabile: perché?; ma anche nella speranza, nella certezza, nell'impegno di una volontà partecipe e solidale. Tutto lo spazio (anche interiore) sembra occupato dalla competenza, dal suo potere e dall'apparato burocratico connesso. In questa diffusa privatiz-



zazione del patimento (come di tutte le esperienze elementari dell'esistenza: nascita, crescita, amore, morte) la stessa lettura religiosa del fenomeno rischia di restare solo un'integrazione consolatoria di un sistema di pensiero pubblico che sottrae in tutti i modi al patire la sua inviolabile dignità.

Tutto ciò, però, ha l'effetto diffuso di acuire l'*insofferenza* per la sofferenza, che resta come un rumore di fondo di qualcosa che non dovrebbe esserci eppure esiste e insiste, e quindi genera ansia e angoscia. E, a sua volta, l'*insofferenza* diventa facilmente *risentimento*, spes-

so inconsapevole ma profondo, come si prova verso ciò o colui che non si è in grado di accettare, che, in ultimo, è il sofferente stesso: se la sofferenza non deve esistere, neppure il sofferente ha ragione d'esistenza; meglio per lui sarebbe non nascere, non esser nato, morire.

Se questo diventa sentire sociale condiviso, può succedere che eseguire la spietata sentenza del risentimento sia identificato con il migliore esercizio di compassione. Predisporre legislativamente la possibilità di decidere della propria vita sofferente non è offrire una possibilità tecnica neutrale:

significa il prendere posizione di una cultura che non sapendo più come rispondere suggerisce all'interrogante di togliersi di mezzo.

Se il dolore non ha senso e non deve esistere, allora il sofferente deve "togliersi di mezzo"

FRONTIERE DELLA VITA

Il dibattito su possibili soluzioni normative per la morte assistita rilancia la domanda sul rapporto della nostra società con la malattia e il dolore: esperienza umana o problema tecnico da risolvere nel modo più efficiente?

Perché si tende a considerare "accettabile" l'aiuto al suicidio? Una lettura filosofica



La sofferenza come esperienza umana è insidiata da una lettura solo tecnica



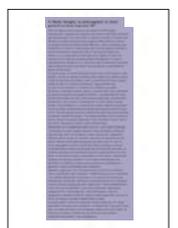
4 | Medici famiglia, 'su anticoagulanti no timori pazienti ma bene stop nota 101'

"Non c'è nessuna preoccupazione per la gestione delle terapie anticoagulanti. I pazienti sono seguiti sia sul territorio dai medici di famiglia sia dagli specialisti, che insieme danno risposte ai pazienti e chiedono alle istituzioni di aiutarli nel favorire una maggiore collaborazione tra di loro". Lo spiega all'Adnkronos Salute Walter Marrocco, medico di famiglia della Federazione di medici di medicina generale (Fimmg) esperto di farmaci in merito alle polemiche legate alla nota 101 dell'Agenzia italiana del farmaco, la cui sospensione è stata appena prorogata di 4 mesi, che introduce nuovi criteri per la gestione degli anticoagulanti nei casi di trombembolismo venoso e la cui revisione è stata recentemente sollecitata dalle società scientifiche del settore, preoccupate per la complessità di gestione della terapia.

In questo quadro la nuova sospensione della nota "è sicuramente un fatto positivo, ma solo se sapremo sfruttare questo periodo per rivedere insieme (medicina generale e specialisti) i criteri e semplificare l'accesso a questi medicinali. Ma con la giusta preparazione", aggiunge Marrocco.

La nota 101 al momento non si applica ma "sarebbe auspicabile archivarla", sottolinea il medico, oppure, come del resto hanno già chiesto gli specialisti attraverso le società scientifiche, "va profondamente rivista perché possa avere una reale utilità ed essere applicabile. Attualmente è farraginoso", dice il medico. L'interesse per il corretto utilizzo di questi farmaci, continua Marrocco, è molto elevato perché "parliamo di patologie molto importanti, potenzialmente pericolose per la salute e addirittura per la vita: trombosi venosa profonda, embolia polmonare che possono portare a disabilità o addirittura decessi". Per queste patologie "prima di parlare di farmaci parliamo di percorsi diagnostici, molto complessi, che non hanno nemmeno linee guide univoche a livello internazionale".

Attualmente con la sospensione della nota 101, come medici di famiglia, "continuiamo a curare i pazienti secondo i criteri precedenti, indicati da una nota Aifa, la 97, che consente di usare i farmaci per il trattamento



della fibrillazione atriale non valvolare, lasciando allo specialista gli altri ambiti. Abbiamo quindi già una disciplina per alcuni casi. La nota 101 entra nella gestione, anche da parte del medico di famiglia, molto più complessa delle trombosi venose profonde e dell'embolia polmonare. La medicina generale si può anche fare carico di questo percorso ma prima serve una corretta formazione, informazione e condivisione". Semplificare l'accesso dei farmaci al paziente "è un principio lodevolissimo e da percorrere, ma dobbiamo creare quel meccanismo che garantisca al paziente il massimo dell'efficacia del trattamento".

Sappiamo, aggiunge, che "il tromboembolismo venoso è un problema clinico e gestionale molto complesso, probabilmente quindi non basta solo una nota per disciplinare un percorso su cui nemmeno le linee guida internazionali concordano. Serve una condivisione del percorso dal punto di vista culturale e organizzativo tra i diversi attori. Questo significa fare in modo che ci sia omogeneità in merito alle competenze diagnostiche terapeutiche tra i vari protagonisti - centri anti-trombosi, strutture ospedaliere, specialisti di settore, medici di medicina generale - per fare in modo che diagnosi e terapia vengano fatte al meglio".

In questo quadro "serve che l'eventuale revisione della nota 101 renda applicabili le indicazioni per la diagnosi e la terapia delle linee guida. E per farlo non basta dichiararlo ma è necessario creare gli strumenti adatti. La nota non può essere un editto che non tiene conto dei problemi organizzativi del sistema", conclude Marrocco.



È stata ribattezzata cognetica. Antonio Cerasa, neuroscienziato del Cnr: «L'unione di cognizione e robotica può rendere l'essere umano più intelligente» Dal cuore ai cinque sensi

L'UOMO CHE NON C'ERA

PAOLO TRAVISI

N

egli anni Settanta, con i progressi nell'elettronica e i primi personal computer, la fantascienza iniziò a immaginare l'uomo del domani. Lo scrittore Martin Caidin pubblicò il romanzo *Cyborg*, d'ispirazione alla serie tv *L'uomo da sei milioni di dollari*, in cui un astronauta dopo un grave incidente veniva ricostruito con parti robotiche: s'iniziò a parlare del mito dell'uomo bionico. A quasi 50 anni di distanza, quelle ipotesi da science fiction trovano riscontri molto realistici in altrettante ricerche.

A cominciare dal motore dell'organismo umano: il cuore. Al Centro Gallucci di Padova il cardiocirurgo Gino Gerosa promette che entro due anni sarà pronto il prototipo del primo cuore artificiale 100% italiano che coinvolgerà ingegneri meccanici ed elettronici, biologi, esperti di materiale biocompatibile. La grande rivoluzione di questo dispositivo risiede nel fatto che non sarà un cuore transitorio, ma durerà 20 anni, sarà grande appena 8 centimetri, silenzioso e alimentato da un sistema di trasmissione transdermica

dell'energia, attraverso una piastra installata all'interno del dispositivo.

LE APPLICAZIONI

Oltre il cuore, il cervello. Ed è qui che si stanno concentrando gli sforzi della neuroscienza che, partendo dalle conoscenze acquisite nella robotica industriale, le sta trasferendo all'encefalo, passando anche attraverso l'iper stimolazione dei sensi. «Il neuroscienziato Giulio Rognini, che lavora a Losanna, ha ribattezzato questo settore cognetica, parola che nasce dalla crasi tra cognizione e robotica» spiega Antonio Cerasa, neuroscienziato del Cnr.

«La robotica cognitiva, sottocampo della robotica industriale, poi applicata alla sanità nell'ambito della riabilitazione, ha sviluppato sistemi robotici per potenziare il soggetto sano. Secondo la teoria di riferimento dell'Embedded Cognition, l'intelligenza umana non è misurata dalle capacità attentive, di memorizzare, di apprendere, ma sviluppa la conoscenza at-

traverso l'attività motoria, quindi il cor-



po, ovvero i sensi» aggiunge Cerasa.

La cognetica, dunque, unisce le neuroscienze cognitive della consapevolezza corporea alla ricerca robotica industriale, con l'obiettivo di studiare, controllare, migliorare percezione e cognizione. Siamo quindi di fronte al super uomo, all'uomo bionico? «In parte, più che altro un uomo più intelligente, super intelligente, che contrasta con il modello di oggi dell'uomo passivo che vede nell'intelligenza artificiale la soluzione a tutto» aggiunge Cerasa. Se l'uomo di domani sarà più intelligente, allora, secondo la cognetica tutto deriva da un potenziamento dei cinque sensi. E infatti, nei laboratori del mondo, molte ricerche puntano proprio a questo, implementando il corpo umano con dispositivi tecnologici indossabili o impiantabili.

LE SPERIMENTAZIONI

Uno degli esempi più noti è Neuralink, la società di Elon Musk che sviluppa chip impiantabili in grado di leggere le onde cerebrali, che ha ideato un dispositivo in grado di impiantare fili ultrasottili all'interno del cervello. Dopo sperimentazioni su animali, Neuralink ha ricevuto l'approvazione della Fda per gli studi clinici sull'uomo e ha aperto al reclutamento.

Altro progetto top secret in casa Google, dove si starebbe lavorando su Wolverine, un dispositivo wearable in grado di migliorare l'udito umano. Il device da inserire nell'orecchio potrebbe permettere a una persona di concentrarsi su un particolare oratore in un contesto di gruppo dove vi sono conversazioni sovrapposte. E infatti Cerasa sottolinea: «Le cosiddette interfacce aptiche o indossabili hanno la capacità di rendere e combinare stimoli multisensoriali artificiali con il movimento umano e i relativi segnali motori. Questa integrazione ottimizza più segnali sensoriali e motori e rende le interfacce in grado di potenziare il feedback multisensoriale che mi ritorna, da cui ricavo molte più informazioni di quello che sto facendo. È una tecnologia chiave per studiare e migliorare la percezione corporea, la coscienza e tutte le funzioni cognitive».

Al Politecnico di Torino, invece, si sta studiando un naso elettronico, che potrebbe avere applicazioni in campo sanitario, nell'ambito del quale sarebbe in grado di individuare alcune patologie analizzando i gas presenti nel fiato umano, o nell'industria alimentare, per avvertire l'eventuale deterioramento dei cibi.

Un team di ricerca guidato da Francesca Santoro, ricercatrice italiana, ma docente all'Università tedesca di Aquisgrana, ha realizzato un chip – composto da materiali organici conduttivi e sensibili alla luce – in grado di imitare il comportamento della retina e processi di memoria nel cervello, che potrebbe essere integrato nel corpo umano. Questa innovazione potrebbe migliorare l'efficacia degli impianti retinici.

Il chip da innestare sotto pelle, invece, è già realtà. Oggi serve per pagare, al posto di carta di credito o smartphone, o contiene dati personali e sanitari, ma chissà cosa potrà fare in futuro, magari nel Metaverso, «dove il potenziamento multisensoriale è una componente fondamentale, perché si deve interagire virtualmente con il proprio corpo trasferito in un avatar che interagisce con gli altri», spiega ancora Antonio Cerasa, convinto che il fine ultimo della cognetica sia «rendere il cervello umano più potente, passando dai sensi. I dispositivi robotici indossabili nel Metaverso o le stimolazioni del nervo vago – una sorta di centralina di connessione tra cervello e resto del corpo – che si stanno facendo con altre sperimentazioni in ambito militare, stimoleranno il sistema sensoriale, sviluppando una forma di super intelligenza, perché permetteranno di ricevere più informazioni proprio dai sensi amplificati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA NEUROSCIENZA STA TRASFERENDO LE CONOSCENZE DALLA ROBOTICA INDUSTRIALE AL CERVELLO



A PADOVA
IN DUE ANNI
I PRIMI BATTITI
ARTIFICIALI

L'annuncio di Gino Gerosa, il direttore del Centro Gallucci: «Costerà 50 milioni in 5 anni ma tra 2 anni avremo il prototipo. Non sarà un "ponte" ma sarà l'alternativa al trapianto di cuore umano»



EDITING GENETICO

Soluzione contro mali incurabili e i limiti da non oltrepassare

Diversamente umani o umani perfetti o ancora umani superumani. L'editing genico apre scenari molto promettenti per sviluppare sistemi di cura per malattie che oggi sono incurabili ma al contempo solleva anche importanti questioni etiche che includono la sicurezza, la disuguaglianza, l'eugenetica, la diversità genetica, il benessere animale e la proprietà intellettuale. Ecco perché il via libera all'immissione in commercio delle prime terapie geniche per il trattamento

dell'anemia falciforme, dopo il sì dell'Agenzia britannica per i farmaci e i dispositivi medici (Mhra), della Food and drug administration (Fda) statunitense e dell'Ema, se da una parte è sicuramente un fatto positivo, dall'altra apre la porta a interventi che devono avere un controllo etico. In una parola, umano.



La filosofa della scienza
co-direttore del Centro
per lo Studio delle Scienze
della Vita in Gran Bretagna:
«Non è possibile pensare
a un futuro della medicina
senza la presenza dell'uomo»

**SABINA
LEONELLI**

«NON SOLO BIG DATA DIETRO L'ATTO SCIENTIFICO C'È L'ETICA»

CARLA MASSI



Il robot permette di intervenire chirurgicamente con precisione senza essere troppo invasivo, l'Intelligenza Artificiale è diventata complemento per la diagnosi e la prognosi di una malattia, con gli algoritmi di Machine Learning è possibile, creare dei calcolatori di rischio personalizzati, raccomandazioni da utilizzare nella pratica clinica. In una strategia di studio e lavoro come questa sembra quasi impossibile porre dei limiti, mettere dei paletti alla Scienza. Che sembra

poter procedere senza la mente umana. «Non è assolutamente possibile pensare a un futuro della scienza e della medicina senza la presenza dell'uomo. Nonostante le opportunità, da riconoscere, che la tecnologia ci offre, dovremo essere sempre noi a scegliere e decidere» commenta Sabina Leonelli, modenese, 44 anni, due figli, ordinario di Filosofia e Storia della Scienza e direttore del Centro per lo Studio delle Scienze della Vita in Gran Bretagna.



Incoraggia la sua certezza, come può e potrà l'uomo mantenere questo ruolo da protagonista?

«La scelta finale, che sia una terapia o il percorso di una ricerca, spetterà sempre a noi. E noi, con i governi e il mondo della medicina, dovremo creare nuove regole».

A oltre due secoli dall'uscita nel 1818, il Frankenstein di Mary Shelley oggi è spesso citato come un allarme davanti ai rischi posti da una ricerca sfrenata e del dominio sulla natura. Che ne pensa?

«Per gestire i rischi è essenziale l'integrazione dell'etica nel lavoro scientifico e la riforma della partecipazione sociale nella produzione, gestione e interpretazione dei dati».

Sembra essere arrivati alla convinzione che l'Intelligenza Artificiale oltre a fare una diagnosi più velocemente del medico riesca anche a dimezzare i tempi di una sperimentazione. Appare più affidabile dell'uomo. È vero?

«Stiamo assistendo a una vertiginosa innovazione tecnologica nella produzione, comunicazione e analisi dei dati usati per scopi scientifici. Sicuramente questa è accompagnata da un'enfasi crescente sul ruolo dell'intelligenza artificiale, per esempio, nell'interpretare i dati e nel facilitare la produzione di conoscenza. Ma, come ribadisco, le macchine non hanno autonomia nel giudizio né comprensione del contesto. Quei dati e quei risultati dovranno essere sempre filtrati e analizzati dalla conoscenza medica».

Si ha paura che diagnosi, terapia e ricerca arrivino solo da un mix di dati e non dal un lavoro etico che tenga conto del benessere della popolazione.

«Il timore può essere comprensibile. L'insieme di dati fornisce delle risposte, apre nuovi scenari, offre opzioni che il medico e il ricercatore devono valutare. I dati non parlano da soli, occorre capire come farli parlare».

Nel suo libro "La ricerca scientifica nell'era dei Big Data" lei analizza i danni e i benefici della tecnologia in questa era. Ci può fare degli esempi?

«Cominciamo dai benefici. La probabilità, per esempio, di associare i dati provenienti dalle ricerche condotte in oncologia con quelle riguardanti il genoma umano o di trovare nuove medicine».

E l'altra faccia della medaglia?

«Se si accetta l'idea che i Big Data danno informazioni su tutto, si accetta anche l'idea che basti metterli insieme per ottenere una piattaforma empirica affidabile. E, in questo senso, incontestabile per la ricerca futura. Questa idea non funziona».

Lei che cosa ricorda ai ricercatori nei suoi incontri con chi lavora nei laboratori?

«L'idea che i Big Data racchiudano una rappresentazione completa della realtà è un'illusione che sta distruggendo lo spirito critico con cui i ricercatori affrontano l'analisi e l'interpretazione dei dati empirici. E grandi compagnie come Google sfruttano la situazione per cercare di sostituirsi agli esperti e dominare il mercato con tecnologie costose e non necessariamente affidabili».

Torniamo, dunque, al concetto che riguarda il tipo di uso e di interpretazione della tecnologia da parte dell'uomo?

«È compito della responsabilità intellettuale quella di comprendere le tecnologie e sfruttarle nel modo più appropriato. Tenendo conto delle ripercussioni etiche e sociali».

Non crede che le questioni etico-scientifiche e sociali siano cambiate in nome di una nuova conoscenza sempre più veloce?

«L'Unione Europea sta lavorando proprio a questo con l'obiettivo di dare linee guida che ogni Paese dovrà applicare. Giudizi e scelte etiche si nascondono dietro ogni atto scientifico. Va ricordato che le innovazioni tecnologiche hanno un impatto sul modo in cui gli organismi di finanziamento e le istituzioni ripartiscono le risorse. Un punto focale di cui si occupa la Commissione Europea il progetto riguarda il modo in cui è possibile organizzare le comunità e gli enti di ricerca per sfruttare grandi serie di dati e tecnologie correlate».

Che dire dei lavori che sembrano oltrepassare il lecito etico o di quelli che potrebbero



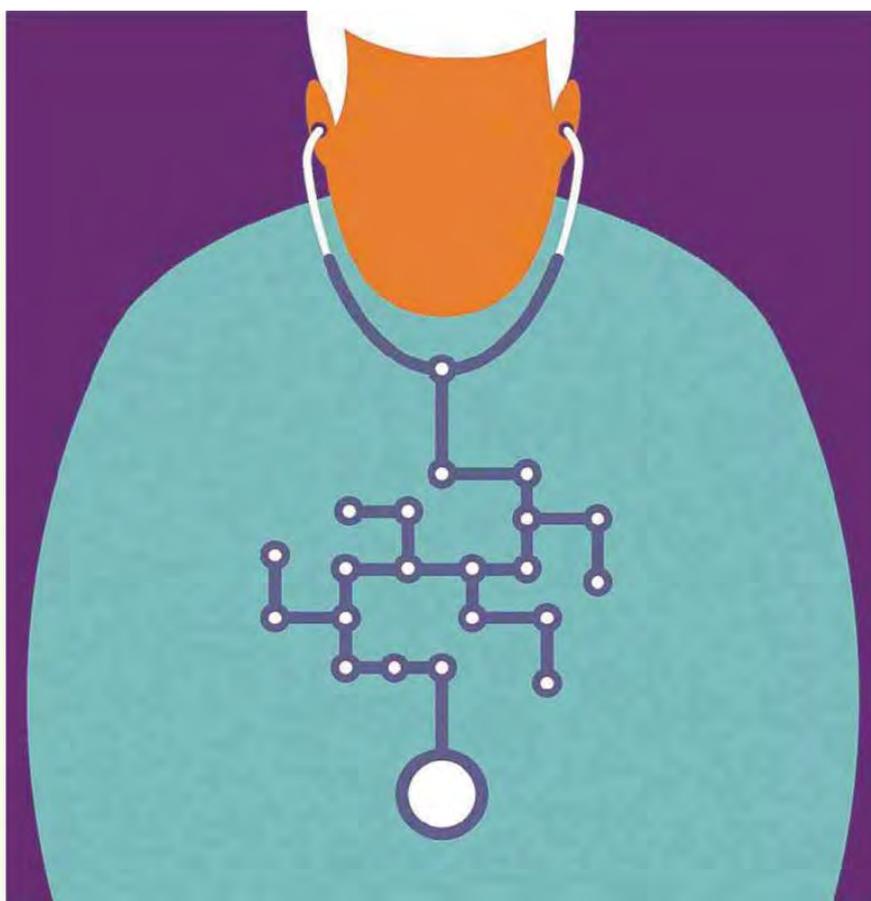
interessare più un gruppo di investitori del bene collettivo?

«Anche la ricerca fatta nel nome del bene pubblico può essere problematica quando non si ferma a valutare cosa esattamente “bene pubblico” significhi. Una tecnologia sviluppata con buone intenzioni può sempre anche essere sfruttata in modi eticamente problematici».

Lei insegna all'Università, i suoi giovani studenti sono interessati a questo connubio

«E COMPITO DELLA RESPONSABILITÀ INTELLETTUALE USARE LA TECNOLOGIA IN MODO ADEGUATO»

Sabina Leonelli, modenese, 44 anni, due figli, ordinario di Filosofia e Storia della Scienza e direttore del Centro per lo Studio delle Scienze della Vita in Gran Bretagna



scienza-tecnologia e etica?

«Ho studenti di diverse facoltà, da Ingegneria, Biologia, Filosofia. Tutti hanno un grande desiderio di sapere come coniugare le conoscenze tecnico-scientifiche con l'etica. Un buon segno per il futuro».



Humanity 2.0

“Dottor Amie” batte i medici: è più empatico



PAOLO BENANTI

Uno studio in fase di pubblicazione, cioè non ancora sottoposto a una revisione e lettura anonima da parte di altri studiosi, dal titolo *Verso un'intelligenza artificiale diagnostica conversazionale*, sta facendo notevolmente discutere tanto da aver meritato anche un articolo di commento su *Nature*. Secondo i ricercatori il loro chatbot basato su un modello linguistico di grandi dimensioni (Llm) sviluppato da Google avrebbe eguagliato e addirittura superato le prestazioni dei medici umani. Lo strumento automatico sarebbe stato più preciso dei medici di base certificati nella diagnosi di patologie respiratorie e cardiovascolari riuscendo ad acquisire, rispetto ai medici umani, una quantità simile di informazioni durante i colloqui con i pazienti, e avrebbe ottenuto un risultato migliore in termini di empatia.

Alan Karthikesalingam, ricercatore clinico presso Google Health a Londra e co-autore dello studio, ha detto a *Nature* che «a nostra conoscenza questa è la prima volta che un sistema di intelligenza artificiale conversazionale è stato progettato in modo ottimale per il dialogo diagnostico e l'anamnesi». Lo strumento è stato chiamato Articulate Medical Intelligence Explorer (Amie) e a detta degli stessi autori è ancora puramente sperimentale, e non è stato testato su persone con

problemi di salute reali. Per testare il sistema, i ricercatori hanno arruolato 20 persone addestrate a impersonare i pazienti e hanno chiesto loro di avere consultazioni online basate su testi, sia con l'Amie che con 20 medici certificati. Non gli è stato detto se stavano chattando con un umano o con un bot. Gli attori hanno simulato 149 scenari clinici ed è stato chiesto loro di valutare la loro esperienza. Anche un gruppo di specialisti ha valutato le prestazioni di Amie e dei medici. Lo stesso Karthikesalingam ha dichiarato: «Vogliamo che i risultati siano interpretati con cautela e umiltà».

Non si tratta quindi di tirare conclusioni o creare allarmi per la sostituzione dei medici, cosa che è e resterà impensabile, ma di cercare di capire cosa questo studio possa indicare, e di provare a interrogarsi sul significato di questi risultati. Da un lato, questo è uno dei pochi studi che si chiede se si possono sfruttare gli Llm per emulare la capacità di un medico di analizzare la storia medica di un paziente e usarla per arrivare a una diagnosi. Da quanto si legge nello studio, questa abilità non è solo difficile da insegnare ai medici ma anche alle macchine, specie agli Llm. Dall'altro «questo non significa in alcun modo che un modello linguistico sia migliore dei medici nella raccolta della storia clinica», afferma Karthikesalingam, perché - fa notare l'autore - i medici di base dello studio probabilmente non erano abituati a interagire con i pazienti trami-

te una chat testuale, il che potrebbe aver influito sulle loro prestazioni. Certamente uno strumento di questo tipo potrebbe essere utile se coadiuvasse il medico, ma non dovrebbe mai sostituire le interazioni con i medici, perché la medicina è molto più che raccogliere informazioni, è fondamentalmente un incontro umano con una compromissione esistenziale tra due persone: una che si definisce e riconosce come paziente e un'altra, il medico, che con questa fa un'alleanza terapeutica. Infine, l'algoretica ci chiede di considerare il fatto che se è vero che l'intelligenza artificiale generativa potrebbe rivoluzionare l'assistenza sanitaria questo cambiamento difficilmente vedrà risultati volti al bene di tutti se il controllo viene ceduto alle grandi aziende.



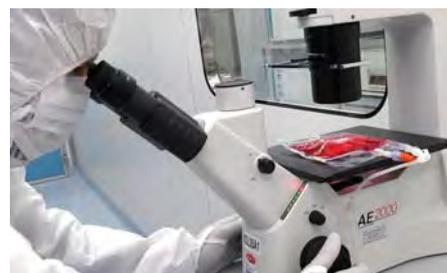
17 gen
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Bambino Gesù: trattati con Car-T i primi tre pazienti con malattie autoimmuni

Due ragazze italiane e 1 bambino ucraino di 12 anni, fuggito dalla guerra, sono i primi pazienti pediatrici affetti da gravi patologie autoimmuni ad essere stati trattati con cellule CAR-T capaci di mandare in remissione la loro malattia. Si tratta di un'applicazione innovativa della terapia genica basata sulla manipolazione dei linfociti T del paziente, sperimentata per la prima volta in ambito pediatrico su questo tipo di patologie. "Tutti e tre i pazienti - spiega una nota - hanno riscontrato benefici rilevanti e sostenuti nel tempo. A distanza di diversi mesi dal trattamento con cellule CAR-T, coerentemente con quanto riscontrato nei pazienti adulti descritti in letteratura, sono in remissione di malattia e non assumono più farmaci immunosoppressori".



"Sono dati assolutamente rilevanti - afferma **Fabrizio De Benedetti**, responsabile dell'area di ricerca di Immunologia, Reumatologia e Malattie infettive -. Tutti e 3 i pazienti avevano risposto in maniera insoddisfacente a terapie immunosoppressive aggressive, necessarie per la gravità della loro malattia, e allo stesso tempo avevano sviluppato importanti effetti collaterali. I risultati ottenuti con le cellule CAR-T ci incoraggiano a proseguire nella direzione di un trial clinico che possa comprendere un numero più ampio di pazienti pediatrici affetti da varie malattie autoimmuni in cui un ruolo fondamentale nello sviluppo è giocato dai linfociti B".

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

I risultati del trattamento con cellule CAR-T di questi primi pazienti sono stati presentati a Rotterdam, in occasione dell'ultimo congresso europeo di reumatologia pediatrica, e più recentemente a Padova, nell'ambito dei lavori del Centro Nazionale 3 per lo sviluppo della terapia genica previsto dal PNRR. "La terapia genica – sottolinea il presidente dell'Ospedale Bambino Gesù, **Tiziano Onesti** – rappresenta una sfida e un'opportunità unica per i sistemi sanitari globali. Ci consente di offrire risposte concrete a pazienti che fino a poco tempo fa erano senza speranza, affrontando malattie genetiche e condizioni cliniche gravi in modo personalizzato e mirato. Inoltre, la terapia genica promette di emancipare i pazienti da condizioni di cronicità, migliorando la loro qualità di vita e riducendo i costi a lungo termine associati alla gestione delle malattie croniche. Questa rivoluzione medica non solo offre speranza e guarigione, dunque, ma anche la possibilità di rafforzare la sostenibilità dei sistemi sanitari, liberando risorse per migliorare la salute generale e promuovere ulteriori scoperte mediche".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 gen
2024

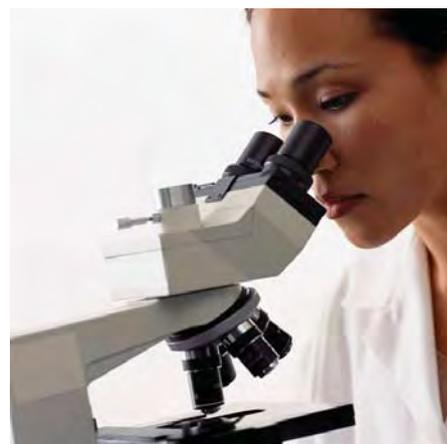
AZIENDE E REGIONI

S
24

Salute di genere/ Il Libro bianco di Fondazione Onda guarda all'equità nella salute e nella ricerca

Indagare la disparità di genere nell'ambito della salute e della ricerca scientifica. È questo il tema su cui si focalizza la nona edizione del Libro bianco sulla salute della donna, realizzato da Fondazione Onda con il contributo incondizionato di Farindustria, presentato oggi Senato in una conferenza stampa su iniziativa della senatrice Maria Domenica Castellone. Il volume, intitolato quest'anno "Verso un'equità di genere nella salute e nella ricerca", vuole offrire numerosi spunti per superare le molte disuguaglianze in ottica di genere, che la sindemia da Covid - 19 e la crisi internazionale hanno acuito. Applicare un approccio di genere nella ricerca e nei percorsi di cura è importante, infatti, non solo per migliorare la comprensione dei fattori determinanti la salute e la malattia, ma anche per garantire una maggiore equità di accesso alle cure e una medicina focalizzata sulle caratteristiche specifiche del paziente, contribuendo a rafforzare la centralità della persona.

«Uguaglianza ed equità sono due dei pilastri del nostro Servizio sanitario nazionale, talvolta erroneamente intesi come sinonimi - dichiara Francesca Merzagora, Presidente Fondazione Onda -. L'uguaglianza presuppone di poter fruire dei medesimi diritti, indipendentemente da qualsiasi differenza, mentre l'equità si basa sulla modulazione degli interventi in relazione alle



differenze, alle specificità, ai bisogni. L'uguaglianza è dunque il presupposto, il punto di partenza, mentre l'equità rappresenta l'obiettivo finale, il punto di arrivo, che consente di garantire a tutti le medesime opportunità, tenendo conto delle differenze. Proprio sulla valorizzazione delle differenze si basa la Medicina di genere, con l'obiettivo di assicurare pari opportunità nell'ambito della prevenzione, della diagnosi e della cura, ed è questo quindi il fil rouge del Libro Bianco 2023. Doverosi, ma sentiti, i ringraziamenti a Farmindustria, alle istituzioni e ai numerosi autori che hanno partecipato a questo progetto editoriale. L'auspicio è che le idee, le esperienze condivise e le evidenze a supporto possano stimolare riflessioni e nuove progettualità per tendere a un'equità di genere nella salute e nella ricerca a garanzia di una maggior appropriatezza degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura con beneficio non soltanto dei pazienti, ma anche della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale».

Si parte dall'Agenda 2030. Partendo da un approfondimento sull'uguaglianza di genere come obiettivo dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, il volume svolge nella prima parte un'analisi del genere quale importante determinante sociale di salute, in grado di produrre significative disuguaglianze in termini di morbosità e mortalità tra uomini e donne. Questo avviene anzitutto per come esso è a sua volta correlato agli altri principali determinanti sociali di salute, come il livello di istruzione: le donne rappresentano ancora quasi i due terzi dei 771 milioni di adulti analfabeti. O, per esempio, la sfera occupazionale e le condizioni lavorative, dove si osserva che a livello mondiale, a parità di qualifica, vengono assunti più uomini che donne e le assunte, a parità di mansione, hanno spesso una retribuzione inferiore agli uomini.

Le differenze tra uomo e donna. Il volume approfondisce quindi il ruolo di un approccio sesso e genere-specifico a garanzia di interventi appropriati ed equi nelle diverse fasi della vita, l'età pediatrica, fertile e geriatrica e in molti contesti differenti. Le donne in Italia diventano madri più tardi che in passato, con un'età media al parto sempre più alta (oggi 32,4 anni). La gravidanza non rappresenta più il momento centrale nella vita di una donna, e anzi spesso è vissuta come una limitazione alla propria realizzazione personale e professionale: disuguaglianze di genere incidono notevolmente sia sul desiderio di gravidanza sia sulla attuazione del progetto riproduttivo. Le donne hanno al contempo una aspettativa di vita maggiore rispetto agli uomini, ma nel sesso femminile gli anni di sopravvivenza sono caratterizzati da un carico di disabilità molto elevato. Questo, insieme all'invecchiamento della popolazione e alla diversa composizione della popolazione geriatrica (la maggior parte degli anziani è donna), richiede un cambio strutturale delle politiche sanitarie. Un approccio di genere nella pratica clinica e nella gestione terapeutica, nella formazione, nella ricerca e nella comunicazione è utile a promuovere appropriatezza e personalizzazione delle cure con

conseguenti risparmi per il Ssn. L'ottica di genere in tema di differenze di salute appare un presupposto irrinunciabile nei contesti più diversificati su cui il volume si sofferma – per esempio le malattie rare, la disabilità, la violenza, la popolazione straniera e carceraria –, un comun denominatore essenziale per impostare politiche orientate ad affrontare e superare le disuguaglianze.

Il gender gap nella sanità, nella R&S e nel digitale. L'ultima parte del volume, incentrata sul gender gap nella sanità, nella ricerca scientifica e nell'innovazione digitale, evidenzia quanto ancora sia lunga e tortuosa la strada da percorrere per raggiungere un'effettiva parità. La variabile "sesso e genere" non viene sempre adeguatamente considerata nella ricerca epidemiologica: le analisi spesso riportano un dato complessivo, che non fa emergere le eventuali differenze fra uomini e donne. Cellule maschili e femminili reagiscono in modo diverso a stimoli chimici e ambientali, eppure nella maggioranza degli studi preclinici non viene riportato il sesso dell'organismo da cui le cellule derivano. L'identificazione e caratterizzazione dei fattori determinanti le differenze di sesso/genere consentirà interventi mirati e lo sviluppo di percorsi di prevenzione, diagnosi e cura sesso e genere specifici.

La partecipazione femminile alla categoria medica è destinata a crescere: dal 1995 le studentesse studiano medicina in misura uguale o maggiore rispetto agli studenti maschi. Eppure la presenza di donne medico è inferiore al 30 per cento nella chirurgia. Solo l'8,3 per cento delle donne medico riveste un incarico dirigenziale, a fronte del 20,6 per cento dei colleghi maschi. La scarsa presenza femminile nelle posizioni apicali è il risultato di una serie di barriere - a livello individuale, interpersonale, istituzionale e comunitario - che impediscono alle donne di raggiungere l'ultimo livello superiore di leadership.

Divario in crescita nelle carriere scientifiche. Dati mondiali dicono che è crescente il divario di genere nelle carriere scientifiche. La parità è maggiore nel periodo del dottorato, ma a partire da cinque anni dall'inizio della carriera il divario si accentua a favore dei maschi. Le ragioni sono molteplici, dalla gravidanza, a ragionamenti economici o di stabilità del lavoro, alle discriminazioni culturali. Nella scelta dei corsi universitari, sotto la forte influenza di motivi culturali, le ragazze prediligono le materie umanistiche o sociali rispetto alle discipline Stem (Scienza, Tecnologia, Ingegneria e Matematica) dove invece la diversità di genere può stimolare soluzioni più innovative e comprensive. Il divario di genere riguarda infine anche la digital health i cui benefici non sono ugualmente distribuiti tra uomini e donne a causa di diverse forme di disparità che riguardano, ad esempio, la rappresentatività del pubblico femminile nei campioni sui quali algoritmi di machine learning vengono istruiti. Affrontare questo divario è fondamentale per raggiungere i benefici per la salute che le tecnologie digitali possono

apportare alle donne, alle loro comunità e alla società in generale, ed evitare l'ulteriore acuirsi delle disuguaglianze sanitarie.

«L'equità di genere nella salute e nella ricerca è prioritaria. Nelle aziende farmaceutiche la presenza femminile è pari al 45 per cento del totale degli addetti e a oltre il 50 per cento nella R&D», commenta Marcello Cattani, Presidente di Farindustria. «E con un modello di welfare aziendale che prevede molte e concrete misure per il benessere lavorativo, la genitorialità, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro. Ma anche per la prevenzione, la formazione, lo sviluppo di competenze. Un esempio virtuoso in un quadro variegato e complesso che viene, come sempre, ben descritto dal Libro Bianco sulla salute della donna della Fondazione Onda. Uno strumento prezioso per creare nuove sinergie con l'obiettivo di migliorare e accrescere lo sviluppo della medicina e garantire sempre di più terapie mirate, adatte alla singola persona», conclude Cattani.

«Fondazione Onda è da sempre in prima linea nella diffusione della medicina di genere e da anni collabora con l'Istituto Superiore di Sanità per portare avanti obiettivi comuni», commenta Elena Ortona, Direttore centro di riferimento medicina di genere, Istituto Superiore di Sanità, «primi tra tutti l'eliminazione delle disuguaglianze, il raggiungimento dell'equità e appropriatezza nelle cure. Considero la pubblicazione del Libro Bianco un passo importante per il raggiungimento di questi obiettivi e per operare un cambiamento di prospettiva che veda la persona al centro dei percorsi di cura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO LA BOCCIATURA DEL DDL SUL SUICIDIO ASSISTITO NEL CONSIGLIO REGIONALE VENETO

Salvini bacchetta Zaia: «Avrei votato no»

Per il segretario della Lega «la vita va difesa da prima della culla alla fine e bisogna garantire le cure»

LUCA LIVERANI
Roma

All'indomani della vittoria (per un voto) dei "no" a una legge sul suicidio assistito in Consiglio regionale del Veneto, si infiamma il dibattito su un tema delicato e divisivo. Col segretario della Lega Salvini che sconfessa («io avrei votato no») il governatore leghista veneto Zaia, favorevole alla proposta iniziativa popolare. Mentre i fautori dell'eutanasia - da +Europa, a M5s passando per Sinistra Italiana e Associazione Coscioni - rilanciano la battaglia nelle Regioni.

Al di là di quella che molti leggono come una sconfitta politica di Luca Zaia - e potenzialmente problematica per una sua candidatura per un terzo mandato - dal confronto emerge anche la necessità di rilanciare le cure palliative, per impedire che la scelta sia motivata da sofferenze fisiche insostenibili.

«La posizione mia è assolutamente chiara», dice dunque Matteo Salvini: «La vita va tutelata dall'inizio, da prima della culla alla fine. Bisogna garantire tutte le cure necessarie alle future mamme e a coloro che sono in difficoltà, alla fine dei loro giorni - dice il segretario della Lega - senza arrivare ai

livelli olandesi della morte per procura». E sul voto veneto dice: «Anch'io avrei votato in quel senso. Fortunatamente la Lega, a differenza di altri, non è una caserma, c'è libertà di pensiero. Per me è bene che sia finita così».

«Una vita non ha prezzo», afferma il senatore e presidente dell'Udc Antonio De Poli: «È un valore che non può essere calpestato. Il compito delle istituzioni è un altro: difendere la vita fino all'ultimo. In Veneto ha vinto la cultura della

cura e dell'attenzione nei confronti del malato. C'è molto da fare, soprattutto per implementare a tutti i livelli le cure palliative, per tutelare la dignità della persona in tutte le fasi della vita, anche quando è più fragile».

L'eco del dibattito sul voto veneto varca il Tevere: «La difesa della vita è un tema nostro - commenta il segretario di Stato vaticano, cardinale Pietro Parolin - in tutte le sue fasi, espressioni e dimensioni: dall'inizio alla fine naturale».

Come nella Lega, anche tra i dem veneti c'è stata libertà di pensiero: «Il Pd come da statuto prevede la libertà di coscienza grazie al fatto di essere pluralista e mantiene al suo interno diverse sensibilità», spiega la consigliera dem Anna Maria Bigon che con la sua astensione ha contribuito a stoppare l'approvazione. «In Veneto - aggiunge - le cure palliative raggiungono solo il 30%

delle persone malate. Dobbiamo garantirne l'accesso perché i malati gravi siano veramente liberi di decidere».

La posizione fluida del Pd non piace al segretario di +Europa Riccardo Magi: «Fdi, Fi e parte della lega più tre astenuti, tra cui una consigliera conservatrice del Pd, hanno affossato la proposta dell'associazione Luca Coscioni. Per fortuna il Paese, compresi gli elettori di Meloni e Salvini, è molto più avanti». «Da troppo tempo la politica si nasconde di fronte a questi temi», interviene il segretario di Sinistra Italiana Nicola Fratoianni: «Mi appello ai parlamentari di tutte le forze, di maggioranza e di opposizione: facciamo in modo che il Parlamento affronti un tema insabbiato nella passata legislatura».

Marco Cappato, tesoriere dell'associazione Coscioni, prepara la controffensiva: «La battaglia - annuncia - prosegue in tutte le regioni italiane. E Zaia ha la piena di disponibilità di stabilire procedure interne, come in Puglia, che stabiliscano come accedere all'assistenza alla morte volontaria, che è legge dello Stato».

E infatti il M5s lombardo preme per accelerare la proposta di legge popolare "Liberi subito" che oggi depositano in Regione con 8 mila firme. È la dodicesima regione a depositare le firme per legiferare in Consiglio. In Liguria l'Associazione Coscioni annuncia una sottoscrizione con lo stesso

obiettivo. E per il governatore ligure Giovanni Toti «Zaia ha posto una questione vera» che la politica, «con qualche timidezza, finora ha lasciato alla magistratura». In Piemonte una proposta di legge è all'esame della commissione Sanità. In Emilia Romagna l'Associazione Coscioni ha sollecitato la discussione del testo, depositato sei mesi fa.

In Friuli Venezia Giulia, analogamente al Veneto, il testo non era passato a novembre in aula. Governatore è il leghista Massimiliano Fedriga. Mai discussa la proposta del Pd nell'Umbria guidata da Donatella Tesei, in quota alla Lega. In Abruzzo, governato da Marco Marsilio di Fdi, la pdl è ferma in commissione Sanità. Anche in Calabria, guidata dal forzista Roberto Occhiuto, la proposta dem è ferma. A Palermo, a Palazzo dei Normanni, la rete associativa Ditelo sui tetti promuove oggi pomeriggio un incontro perché siano disponibili per tutti le cure palliative: «Nessuna libertà di scelta vera può essere attuata senza una reale alternativa», dice la coordinatrice siciliana della rete, Nunzia Decembrino.

«È un tema nostro», commenta il cardinale Parolin. De Poli (Udc) rilancia l'urgenza di rendere disponibili per tutti le cure palliative. Silenzio del Pd, che ha lasciato libertà di voto



17 gen
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Cure palliative, Regione Lombardia adegui posti letto e tariffe degli hospice

di Luca Moroni *

Assicurare le cure palliative per i malati alla fine della vita e per i pazienti cronici complessi costituisce un traguardo di civiltà che il nostro Paese sta faticosamente raggiungendo, seppure in modo disomogeneo. I risultati ottenuti in alcune regioni, tra cui la Lombardia, rischiano però di essere vanificati da una politica di riduzione della spesa poco lungimirante. In uno scenario in cui il fabbisogno aumenta a causa dell'invecchiamento della popolazione, stiamo assistendo infatti a una contrazione delle risorse dedicate. I numeri parlano da soli: dal 2010 a oggi la tariffa giornaliera identificata da Regione Lombardia per sostenere i costi del ricovero in hospice è stata incrementata di 16 euro, cioè del 6,2%, a fronte di un'inflazione del 34% (indicatori Istat).

Molti dei fattori che compongono le spese sanitarie, inoltre, sono aumentati a un ritmo più elevato del tasso di inflazione. Si prospetta quindi un problema di sostenibilità nel breve-medio termine.

Gli hospice sono un tassello indispensabile del sistema sociosanitario regionale. Se venisse meno la loro assistenza residenziale di cure palliative gli altri servizi ne risentirebbero pesantemente. Gli ospedali, il pronto soccorso, le cure domiciliari e la medicina generale sarebbero sottoposti a una pressione crescente senza per altro poter rispondere a bisogni che



richiedono interventi specifici.

A quasi 14 anni dalla legge 38 che sancisce anche nel nostro Paese il diritto alle cure palliative, in Lombardia sono disponibili 820 posti letto distribuiti in 75 hospice e 112 Unità di cure domiciliari. Una crescita importante, anche se purtroppo le cure palliative restano ancora accessibili quasi solo ai malati di tumore e sono spesso attivate troppo tardi. Insomma, ancora molte persone che ne avrebbero diritto non le ricevono.

L'assistenza in hospice è gratuita, pazienti e famigliari non sono tenuti a pagare una retta poiché l'intero onere ricade sul Fondo sanitario nazionale oltre che, di fatto, sulla generosità dei donatori. La condizione di sofferenza e di fragilità che caratterizza gli utenti degli hospice è alla base della scelta che qualifica il nostro Sistema, ma che mette in capo al decisore politico e alla pubblica amministrazione a livello nazionale e regionale la piena responsabilità di intervenire periodicamente per adeguare la remunerazione delle prestazioni in coerenza con l'aumento dei costi.

Oggi la tariffa definita da Regione Lombardia è di 280,6 euro al giorno, ma quanto costa in realtà una giornata in hospice? Per rispondere cito due studi promossi dal ministero della Salute diversi anni fa. Il primo, del 2010 ma basato su dati 2008, rileva un costo medio per giornata di degenza di 297 euro, il secondo, affidato alla Federazione di Cure Palliative, identifica già nel 2007 il costo medio in 328 euro.

Attualizzando tali valutazioni ai costi odierni emerge quindi che una giornata di degenza in hospice ha un costo medio effettivo nettamente superiore alla tariffa riconosciuta dalle delibere regionali.

Chi si fa carico della differenza tra il costo e la tariffa regionale sono i cittadini con le loro donazioni liberali, che sostengono sia le realtà del Terzo Settore sia gli hospice negli ospedali.

Così, però, non è possibile assicurare sostenibilità, stabilità e la necessaria crescita del settore.

Oggi più che mai gli enti che erogano cure palliative andrebbero sostenuti e incoraggiati, a intervenire anche in favore dei malati negli ospedali e nelle strutture per anziani. Il rischio, invece, è che siano costretti a chiudere per l'impossibilità di fare fronte ai costi.

Un passo indietro difficilmente comprensibile e ancora meno accettabile.

** Direttore dell'Hospice di Abbiategrasso*

Federazione Cure Palliative - Coordinatore Lombardo

Uneba Lombardia - Coordinatore Commissione Cure Palliative

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il 118 senza elettrocardiogramma

Ambulanze in tilt: per gli interventi di emergenza il check up si fa solo in pronto soccorso

Di notte niente elettrocardiogramma. Quando il personale delle ambulanze del 118 soccorre un paziente al calar del buio non può fargli un ecg. Mancano medici per sviluppare quei dati. E la conseguenza è che per ogni dolore toracico si finisce in pronto soccorso, andando a intasare ulteriormente strutture che già scoppiano e per le quali, nel tentativo di deconge-

stionarle, la giunta regionale ha acquistato posti letto da privati investendo 33 milioni di euro.

di **Clemente Pistilli** ● a pagina 5



SANITÀ

Ambulanze, quando cala la notte è vietato l'elettrocardiogramma

Sui mezzi del 118 non si potrà effettuare l'esame dalle 20 di sera alle 8 del mattino per carenza di medici: tutti i pazienti con dolore toracico dovranno essere trasportati nei pronto soccorso intasando le strutture

di **Clemente Pistilli**

Di notte niente elettrocardiogramma. Quando il personale delle ambulanze del 118 soccorre un paziente al calar del buio non può fargli un ecg. Mancano medici per sviluppare quei dati. E la conseguenza è che per ogni dolore toracico si finisce in pronto soccorso, andando a intasare ulteriormente strutture che già scoppiano e per

le quali, nel tentativo di decongestionarle, la giunta regionale ha acquistato posti letto da privati investendo 33 milioni di euro.

Il caso spunta a Roma. La direttrice della centrale operativa del 118 dell'area metropolitana, Lucia De Vito, ha specificato a tutti gli operatori che dalle 20 alle 8 non è possibile sottoporre i pazienti all'elettrocardiogramma. Una comunicazione fatta a tutto il personale

della centrale operativa romana, all'infermiere coordinatore, al direttore dell'unità territoriale Lazio I e al responsabile dell'unità programmazione e organizzazione. La direttrice ha sostenuto che,



a differenza di quanto previsto, si è reso necessario far slittare l'avvio del servizio di trasmissione dei dati degli ecg alla centrale operativa in qualsiasi momento del giorno. È possibile soltanto dalle 8 alle 20. Una scelta compiuta, su disposizione della direzione sanitaria, in attesa che vengano assegnati altri medici alla centrale operativa. Attualmente manca infatti un numero sufficiente di camici bianchi per «garantire la presenza contemporanea h24 di due medici in servizio».

Per ogni dolore al torace si finisce così a intasare il pronto soccorso. Strutture che, nonostante le nuove disposizioni regionali per ottimizzare i posti letto dei diversi ospedali e l'acquisto di posti dai privati, continuano ad essere in forte sofferenza. Ieri sera nei reparti d'emergenza del Lazio erano

ben 440 i pazienti in attesa da oltre un giorno di un posto letto. Un dramma soprattutto per i centri più grandi come l'Umberto I, dove c'erano 126 pazienti, il San Camillo, dove erano 124, il Ptv, dove erano 100, e il Sant'Andrea, dove erano 90.

Il disservizio, assicura Ares, l'Azienda che gestisce il 118, è però presente soltanto nell'area romana e dovrebbe essere eliminato a breve con l'assunzione di altri medici. «Il servizio di trasmissione dati ecg alle centrali operative 118 - sottolineano da Ares - è già attivo in tutte le province laziali, ad esclusione della città di Roma dove sarebbe dovuto entrare in servizio lunedì 15 gennaio. Con l'attuale numero di medici operativi nella centrale operativa 118 di Roma, dati i livelli di lavoro straordinario raggiunti e il protrarsi di lunga as-

senza di alcuni professionisti, non è possibile garantire la continuità del servizio di trasmissione dati». L'Azienda aggiunge che, visto l'imminente ingresso di nuovi medici in organico, con un concorso già bandito e con scadenza 5 febbraio, si è preferito rimandare l'avvio del sistema di trasmissione. «Il servizio - concludono - partirà quindi non appena saranno concluse le procedure di reclutamento del personale medico necessario».

***Nei reparti
d'emergenza
del Lazio ieri c'erano
440 pazienti in attesa
di un posto letto***



▲ **Disservizio** Altre grane per il 118 ma l'Ares rassicura una rapida soluzione



Dopo l'incendio

Ospedale Tivoli “Allarme ignorato” Ma la riapertura nei prossimi mesi

▶ a pagina 5

L'inchiesta

Ospedale di Tivoli un anno fa ignorato l'allarme incendio

Un anno prima dell'inferno di fuoco esploso all'ospedale di Tivoli e costato la vita a tre pazienti era stato lanciato l'allarme. L'allora direttore facente funzioni del presidio ospedaliero aveva chiesto all'Asl Roma 5 di far rimuovere in fretta i cumuli di rifiuti presenti sotto le finestre dell'ospedale. Proprio quella sorta di discarica a cielo aperto da cui è partito il devastante incendio la notte dell'Immacolata. Ma alla luce di quanto accaduto nel dicembre scorso quell'sos lanciato il 5 gennaio 2023 dal dott. Pasquale Polito sembra essere stato ignorato e non resta che attendere l'esito dell'inchiesta aperta dalla Procura tiburtina.

Il direttore dell'ospedale, esattamente undici mesi prima della tragedia, chiese all'Azienda sanitaria di «provvedere urgentemente alla rimozione dei rifiuti e dei materiali inerti abbandonati davanti alla porta della centrale elettrica, con evidente rischio per la sicurezza, posta al piazzale S3» del presidio ospedaliero.

Polito chiese inoltre di «adottare tutti i necessari provvedimenti atti a prevenire il ripetersi di tali problematiche» e «di dare conferma dell'avvenuta risoluzione del disservizio segnalato». Nessuno sembra averlo ascoltato e quella sua nota suona ora come una profezia.

La Regione intanto sta cercando di riaprire il «San Giovanni Evangelista» e conta entro la fine di questo mese di rendere nuovamente operativi i reparti di medicina interna e chirurgia, oltre al pronto soccorso.

Martedì scorso si è svolto un incontro tra il direttore generale della Regione Lazio, Alessandro Ridolfi, il direttore generale dell'Asl Roma 5, Giorgio Giulio Santonocito, e i sindacati del comparto. E viene assicurato che nelle prossime settimane saranno appunto riattivati diversi servizi sanitari, alla luce dello stato avanzato degli interventi nelle ali A e B.

Dalla Regione precisano che, per quanto riguarda il ripristino

della centrale elettrica dell'ospedale, si provvederà all'installazione di due impianti provvisori qualora dovessero allungarsi i tempi per la riattivazione della cabina. Si sta procedendo alla verifica di tutte le apparecchiature presenti nell'ospedale, con le conseguenti certificazioni e l'eventuale manutenzione qualora fosse necessaria.

Nell'ambito del piano degli investimenti in edilizia sanitaria l'amministrazione Rocca ha inoltre sbloccato l'intervento per la realizzazione del Nuovo Ospedale Tiburtino, con 392 posti letto, prevedendo lo stanziamento di un importo complessivo di oltre 204 milioni di euro. – **cle.pis.**

Il direttore aveva chiesto ad Asl Roma 5 di rimuovere i cumuli di rifiuti, nessuno lo ha ascoltato

