

3 maggio 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



I Lea (rinviati) dello sconto: permane l'insoddisfazione del privato accreditato

Pubblicato il: 2 Maggio 2024

Elisabetta Gramolini - Dal numero 217 del Magazine

In stand by, o meglio, in attesa che una quadra finalmente venga raggiunta. Ospedali pubblici e strutture sanitarie convenzionate tirano un sospiro di sollievo e accolgono con favore la [proroga all'1 gennaio 2025 per l'entrata in vigore dei nuovi Livelli essenziali di assistenza \(Lea\)](#), stabiliti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri nel 2017, e delle relative tariffe per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesica che dovrebbero aggiornare gli elenchi fermi al 1996 e al 1999.

La revisione, inizialmente fissata a partire dall'1 gennaio 2024, era poi slittata di quattro mesi. Ma lo scontento riscosso ha fatto tornare sui propri passi il ministero della Salute e la Conferenza Stato-Regioni che preferiscono procrastinare. Le critiche hanno riguardato in particolare il sotto-dimensionamento delle tariffe e l'esclusione di alcune importanti prestazioni.

Le procedure (ancora) escluse dai Lea

Nell'elenco dei nuovi Lea mancano all'appello il sequenziamento di esoma e genoma, la procreazione assistita, le terapie oncologiche più all'avanguardia attese dagli italiani da molto tempo, che oggi sono prestazioni assicurate fuori dalla lista ufficiale, i cosiddetti "extra Lea", dalle Regioni con i conti in ordine, generando differenze territoriali nell'offerta ai cittadini.

Attendere ancora che queste voci vengano inserite in elenco è impossibile, secondo le organizzazioni che rappresentano i pazienti: "Non possono essere i cittadini e i pazienti a pagare per eventuali errori commessi, restando ancora una volta senza la garanzia dei Lea o con la paura di una ulteriore contrazione dei servizi", evidenzia **Anna Lisa Mandorino**, segretaria generale di Cittadinanzattiva.

Sui test genetici, interviene **Tiziana Nicoletti**, responsabile del coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici e rari di Cittadinanzattiva: "Grazie alla legge di Bilancio 2022 – ricorda – è stato istituito un fondo con una dotazione pari a cinque milioni di euro per il 2022 e ad altrettanti cinque per il 2023, destinati alla profilazione genomica del tumore polmonare non a

piccole cellule (Nslc), che presenta una più alta presenza di mutazioni genomiche. In virtù di questo fondo, sono stati garantiti l'accesso e la rimborsabilità ai test Next-generation Sequencing (Ngs) con relativo decreto ministeriale attuativo di ripartizione dei fondi per ogni Regione.

Purtroppo, tale fondo non sarà più disponibile nel 2024 con una possibile sospensione delle profilazioni genomiche che consentono i trattamenti oncologici personalizzati che permettono di trovare soluzioni specifiche, grazie a un approccio complessivo della persona, quadro clinico e caratteristiche genetiche e non solo.

A questo fondo, sono stati aggiunti altri 200 mila euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 per la profilazione genomica del colangiocarcinoma, mediante la legge di Bilancio 2023 e redistribuito alle Regioni con un decreto ministeriale”.

Lea che rischiano di essere datati

Il decreto del 2017 per l'istituzione dei nuovi Lea prevede anche il loro aggiornamento attraverso una commissione ad hoc, nominata e presieduta dal ministro della Salute, con la partecipazione delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità, dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), del ministero dell'Economia e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). L'ultima commissione ha visto scadere il proprio mandato dopo tre anni lo scorso luglio, ma la nuova non è stata ancora composta.

“Inevitabilmente – spiega Nicoletti di Cittadinanzattiva – il fatto che la composizione della commissione non sia ancora completata fa sì che non possa provvedere all'aggiornamento continuo del contenuto dei Lea e con l'obiettivo di creare un Servizio sanitario nazionale (Ssn) che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini. Sono sette anni che aspettiamo l'entrata in vigore dei Lea del 2017 per garantire i diritti dei cittadini su tutto il territorio nazionale nel rispetto della dignità, della qualità di vita delle persone e nella lotta per contrastare le difformità di accesso alle cure”.

Annosa è la questione che riguarda l'approvvigionamento dei dispositivi protesici, utili per le persone con disabilità. Con l'introduzione dei nuovi Lea e delle tariffe, tali ausili verranno spostati agli elenchi di tipo 2a e 2b che prevedono la produzione in serie e l'acquisto da parte del Ssn a seguito di gara pubblica.

“Quello che troppo spesso i pazienti rilevano – commenta Nicoletti –, riguardo ai dispositivi medici, fa riferimento a quantità insufficienti, tempi d'attesa inadeguati, qualità scadente e mancata personalizzazione del dispositivo che non è in grado di supportare la persona in quanto non corrisponde agli effettivi bisogni di salute. determinando come conseguenza

o che ci si deve accontentare del dispositivo ricevuto oppure, chi può prende un altro dispositivo pagando di tasca propria. La standardizzazione – afferma – non deve avere come solo criterio guida quello del costo, gli elementi cardine imprescindibili devono essere qualità, sicurezza, personalizzazione e innovazione”.

L’oculistica come l’odontoiatria: cosa sfugge al Servizio sanitario nazionale

Le critiche verso le nuove tariffe sono giunte in particolare dalle strutture convenzionate che lamentano una valutazione insufficiente. Dal settore dell’oculistica, in particolare, sono arrivate forti proteste. Un esempio sono gli interventi chirurgici per la correzione della cataratta, che in Italia è l’intervento oculistico più frequente: secondo le tariffe inizialmente proposte, ogni operazione sarebbe stata rimborsata dal Ssn con 800 euro, quando ne servirebbero almeno mille per ripagare i costi.

“Come le [cure odontoiatriche](#), anche quelle oculistiche, potrebbero diventare appannaggio soprattutto del privato”, commenta il professor **Francesco Bandello**, direttore dell’unità di Oculistica dell’Irccs Ospedale San Raffaele di Milano, membro del comitato scientifico della Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità (IAPB) e presidente dell’Associazione pazienti con malattie oculari. Prosegue Bandello: “Lo scenario paventato è che le aziende ricevano una cifra non adeguata a rimborsare le prestazioni e conseguentemente il direttore generale dica all’oculista di non fare abbastanza interventi. Questo comporterebbe l’allungamento ulteriore delle liste d’attesa”.

Trascurare i disturbi alla vista è dannoso, non solo per la salute della persona, ma anche per il Ssn che è chiamato ad occuparsi di ulteriori richieste.

“L’ipovisione –evidenzia Bandello – a una certa età si collega all’isolamento sociale e al rischio di incorrere in fratture. Allo stesso tempo, l’Organizzazione mondiale della sanità considera una specialità come l’oculistica da salvaguardare poiché garantisce risultati di altissimo livello”.

Il rischio di avere Regioni di serie A e altre di serie B

A complicare il quadro è l’inevitabile aumento delle diseguaglianze tra le Regioni che oggi possono permettersi di compensare la differenza di pagamento delle prestazioni offerte dal Ssn.

“La Lombardia – spiega Bandello – fin da subito ha dichiarato di non voler ridurre la tariffazione per le cataratte poiché è disposta anche a investire più soldi propri per garantire lo stesso livello di assistenza. Ma in altre Regioni, in cui ciò non sarebbe possibile, si rischierebbe di costringere i direttori generali delle aziende a ridurre l’offerta di prestazioni. Tutto ciò nasce dalla considerazione che i soldi per sostenere il Ssn sono ridotti e che il decisore

preferisca localizzare le poche risorse su specialità che hanno diritto di precedenza rispetto all'oculistica. Lo capisco però pretendo che ci sia una dichiarazione da parte del decisore politico nel dire quale sia la prospettiva e cosa si prevede di fare per il futuro. Non si può creare la condizione di fatto per cui il paziente viene operato solo dopo anni”.

Per Bandello, vi è infine un problema legato alla formazione dei futuri specialisti in oculistica. Se fosse mantenuta l'ipotesi di confermare queste tariffe, “la nostra professione vedrà una ricaduta drammatica perché gli specializzandi non vedranno casi a sufficienza”.

Lea: lo scontento dei privati convenzionati

“Siamo stati noi dell'**Aris** a lanciare le prime grida d'allarme”, rivendica padre **Virginio Bebber**, presidente dell'Associazione religiosa degli istituti socio sanitari (Aris) che in Italia rappresenta circa il trenta per cento delle strutture convenzionate, tra cui il Policlinico Gemelli e il Campus Bio-Medico di Roma.

“Il primo pensiero sono stati i problemi che si sarebbero creati per i pazienti. Tagliare le tariffe in questo modo, magari anche con la buona intenzione di allargare l'offerta di altre prestazioni ambulatoriali specialistiche, prima non previste, metterebbe in seria difficoltà le istituzioni accreditate poiché dovrebbero erogare prestazioni che costano quasi il doppio di quanto rimborsato dalle Regioni secondo il nuovo tariffario, tra l'altro di per sé già fuori dal mondo di oltre vent'anni trascorsi senza il minimo adeguamento all'aumento dei costi.

Peraltro – aggiunge – è bene ricordare che questa significativa riduzione di ricavi avrebbe rilievo solo sulle aziende private accreditate con il Ssn, in quanto è noto che le aziende sanitarie pubbliche hanno altre fonti di finanziamento che le Regioni sistematicamente attivano, coprendo totalmente le significative perdite di esercizio. Per le nostre strutture – precisa – non ci sarebbe nessuna copertura in questo senso. Per questo dobbiamo inseguire una gestione sul filo del rasoio. Oltre alla sostenibilità della struttura, dobbiamo pensare anche alla sostenibilità del lavoro per le migliaia di operatori sanitari che lavorano con noi, e per le loro famiglie”.

Con le nuove tariffe molti servizi erogati in perdita

L'elenco delle prestazioni sottostimate è lungo ed è uno dei motivi che ha fatto scendere con il piede di guerra le diverse sigle. Solo per fare un esempio, “una colonscopia – spiega Bebber – dura circa trenta minuti, impiega un medico, due infermieri, tecnologie, altri materiali necessari e lavoro amministrativo. La nuova tariffa avrebbe previsto 95,90 euro per la prestazione”. I costi sostenuti dalla struttura, però, sono altri. Bebber li dettaglia: “Un medico 39 euro, due infermieri 35, il ricondizionamento dell'apparecchiatura post-erogazione 20, la gestione della certificazione 4 e il

risveglio 2. Per un totale di 125 euro, ai quali vanno aggiunti, 18 per la manutenzione degli strumenti tecnologici, 21 per l'ammortamento e 17 per i costi amministrativi.

Ciò significa che, applicando il tariffario che era stato proposto, la struttura avrebbe dovuto erogare la prestazione richiesta con una perdita di circa 85 euro. Due ore di ambulatorio coprirebbero quattro colonscopie che per la struttura significherebbero 340 euro di perdita. Perdite che non ci possiamo permettere, proprio per rispetto di chi curiamo e di chi lavora accanto a noi per curarli. Molte strutture non profit come le nostre hanno dovuto cedere le armi e passare nelle mani del privato for profit”.

Liste d'attesa più lunghe

Con la sottostima delle tariffe, il rischio è di offrire meno prestazioni nelle strutture e un allungamento ulteriore delle liste d'attesa. “È una certezza. Tutti gli operatori in questo settore – afferma il presidente dell'Aris – ne sono consapevoli. Per questo l'eco del nostro allarme si è rapidamente diffusa. Avrebbe colpito, come detto, anche gli ospedali pubblici e dunque costretto a rifinanziare, a fine gestione, le singole Aziende ospedaliere pubbliche per coprire buchi di gestione sicuramente più grandi del solito.

Le strutture convenzionate con il pubblico, per raggiungere almeno una parità di bilancio, sarebbero invece costrette a dimezzare le prestazioni, cosa tra l'altro assolutamente inevitabile. Il rischio maggiore è che a rimetterci di più sia proprio la persona malata, bisognosa di cure, di indagini, di visite specialistiche e protesiche. Le nostre 262 strutture socio-sanitarie associate eseguono milioni e milioni di prestazioni ambulatoriali specialistiche e protesiche in convenzione con le Regioni ogni anno. Se entrasse in vigore questo nuovo nomenclatore automatica- mente le prestazioni si potrebbero dimezzare”.

Quanto al come attrezzarsi, “sarebbe sufficiente – suggerisce – sedersi intorno a un tavolo e fare i classici conti del buon padre di famiglia e capire insieme quale strada porta al bene della comunità. Al ministero della Salute siamo saliti più volte per manifestare le nostre perplessità. L'impressione che ne abbiamo ricavato è che non è questione di buona o cattiva volontà. Piuttosto è una questione politica, che travalica persino i confini del nostro Paese”.

Firma per il 5X1000 a Medici Senza Frontiere.

Codice fiscale 970 961 20585

msf.it/5x1000



la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

il venerdì

Direttore Maurizio Molinari

Firma per il 5X1000 a Medici Senza Frontiere.

Codice fiscale 970 961 20585

msf.it/5x1000



La libertà è un patrimonio da custodire con cura. Insieme a noi.

Venerdì 3 maggio 2024

Oggi con il Venerdì

€ 2,50

CRISI IN EUROPA

Kiev, Macron sfida Mosca

L'esercito russo avanza e il presidente francese minaccia l'invio di truppe se la Russia sfonda il fronte. Salvini si dissocia. Gli Stati Uniti denunciano l'uso di armi chimiche contro gli ucraini. Allarme Nato: troppe interferenze del Cremlino

Nuovo pacchetto di aiuti militari italiani all'Ucraina entro il G7

Il commento

La guerra nelle urne

di Andrea Bonanni

Le dichiarazioni di Macron nell'intervista a The Economist hanno il merito di portare la guerra e il fattore Putin nel cuore della campagna elettorale europea. Sono più di due anni che si combatte nel cortile di casa una feroce aggressione contro le democrazie scatenata dalla Russia. I morti sono centinaia di migliaia. I costi sono astronomici. I rischi per la sopravvivenza stessa dell'Europa sono gravi ed evidenti. a pagina 33

L'analisi

I timori di un tracollo

di Gianluca Di Feo

La falla è stata aperta nella notte. Le avanguardie russe sono riuscite ad infilarsi nell'unica zona in cui il canale artificiale che sbarrava la strada per Chasiv Yar viene imbrigliato in una condotta. Lì una manciata di incursori si è appostata tra le macerie per sfuggire alla caccia dei droni. a pagina 3

Macron contro Putin. Il presidente francese minaccia l'invio di truppe qualora Mosca sfondasse il fronte. La sfida apre polemiche anche in Italia. Salvini prende le distanze: "Mai un militare morirà in suo nome". Washington accusa: "Contro gli ucraini usano cloro-picrina". L'Italia manderà un nuovo pacchetto di aiuti militari a Kiev.

di Ciriaco, Ginori, Mastrobuoni e Raineri alle pagine 2,3 e 4



Il caso

Omicidio Regeni uno degli accusati egiziani partecipava alle indagini

di Foschini e Ossino a pagina 16

Duemila arresti negli Usa per le proteste pro-Gaza



California Proteste degli studenti americani pro-Palestina alla UCLA

Scontri nei campus. Biden: basta violenze

di Mastrolilli e Stille a le pagine 12 e 13

Politica

L'inganno del bonus via gli sgravi al Sud a rischio tre milioni di contratti



Il governo taglia gli sgravi al Sud, mettendo a rischio tre milioni di contratti. Le imprese meridionali perdono quindi 3,3 miliardi di decontribuzione. Lo stop sarà a giugno. L'imprenditore Divella dice a Repubblica: "Così il Sud diventa una palla al piede".

di Conte, Lorusso e Motta alle pagine 10 e 11

Elezioni europee dai leader ai parenti ecco le pazze liste all'italiana



Ci sono i leader di partito ma molti non andranno a Bruxelles. C'è l'attore Paolo Rossi con Santoro, Cecchi Paone con Bonino, Zaia nella Lega guida il fronte anti Vannacci. E FdI lancia la pagella dei ministri.

di De Cicco, Ferro, Fracchilla e Pistilli da pagina 6 a pagina 9

La liquidità che cercavi per far volare in alto la tua impresa

VIVIBANCA



www.vivibanca.it vivifinance@vivibanca.it

Missaggio pubblicitario con finalità promozionale. Per tutte le condizioni contrattuali ed economiche consultare i Fogli Informativi disponibili sul sito www.vivibanca.it presso le Filiali, gli Agenti o attività finanziarie e Mediatori Creditizi che ne offrono l'offerta ai propri clienti.

L'inchiesta sulla Scuola

Contro il disagio restituire valore all'insegnante

di Massimo Recalcati

Il disagio della Scuola è un disagio che non può essere ridotto né a quello degli studenti né a quello degli insegnanti né, tantomeno, a quello delle famiglie. È innanzitutto la Scuola come istituzione che è a disagio. Ma cosa significa questo disagio? Esso rilette, nel nostro tempo, il collasso più generale del discorso educativo. a pagina 19

La scoperta



Il dottor orango e l'automedicazione della prima scimmia

di Elena Dusi a pagina 21

Lo scrittore aveva 77 anni



Addio Paul Auster l'ultimo newyorchese

di Gabriele Romagnoli a le pagine 36 e 37

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/6821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06/688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/68707310
mail: servizioclienti@corriere.it

VALLEVERDE logo and brand name.



Europa League Roma ko con il Bayer Atalanta pari a Marsiglia di Paolo Tomaselli e Luca Valdiserri a pagina 41



Domani gratis Lo speciale dell'Inter stellare l'inserto da collezione in edicola con il Corriere



Israele La Casa Bianca: sì al dissenso, ma senza violenze e antisemitismo. L'accusa a Mosca: usa sostanze chimiche

Atenei in rivolta, stop di Biden

Tregua, ore decisive. Hamas in Egitto per trattare. Macron: soldati in Ucraina? Non è escluso

IL SISTEMA LACERATO

di Massimo Gaggi Tempi duri per i professori di molte accademie americane, costretti ad autocensurarsi in un clima di paura: minacciati da sinistra dalla «cancel culture» di molti studenti radicalizzati e dai docenti decisi a portare nelle aule degli atenei la loro ortodossia progressista e da destra dai politici degli Stati conservatori che impongono limiti all'insegnamento nei college pubblici (con le violazioni punibili penalmente).

IL PASSO AMERICANO

di Giuseppe Sarcina In Medio Oriente Biden segue il percorso cominciato da Trump, ma con qualche correzione importante. In queste ore riprenderanno i negoziati tra il governo israeliano e Hamas per una tregua di sei settimane, la liberazione di 33 ostaggi catturati dai terroristi, il rilascio di un numero imprecisato di detenuti palestinesi, l'afflusso più veloce degli aiuti umanitari a Gaza. Per l'Amministrazione Usa tutto questo rappresenta il passo iniziale di un piano politico più ampio. Con diversi obiettivi.

di Davide Frattini e Viviana Mazza

Mentre la polizia è entrata in forze nel campus degli studenti di Ucla, a Los Angeles, Biden si è detto «contrario alla Guardia nazionale nelle università», ma è stato netto: «Tutelare il dissenso, non la violenza. Non c'è posto per antisemitismo e razzismo». Intanto tra Israele e Hamas è stallo. E sull'altro fronte di guerra, tra Russia e Ucraina, Macron ritorna a parlare dell'invio di truppe europee contro Mosca.

MASIELLO, CAPO DI STATO MAGGIORE «Più armi e riserve L'Esercito va rivisto»

di Rinaldo Frignani Sono «cambiati scenari e minacce», dice il generale Carmine Masiello, Capo di Stato Maggiore dell'Esercito. «Vanno potenziati in fretta i sistemi d'arma e gli organici. L'Italia deve diventare una nazione con capacità di deterrenza reale e credibile».

GERMANIA E FINLANDIA, I REPORTAGE L'Europa (divisa) dell'energia nucleare

di Samuele Finetti e Mara Gergolet Germania e Finlandia, scelte opposte sull'energia. La prima ha ceduto agli «idealisti» delle rinnovabili e ha spento i reattori nucleari. Mentre a Olkiluoto, isolotto a 250 chilometri da Helsinki, funziona la centrale, dicono loro, «più bella del mondo».

Lo scrittore aveva 77 anni «L'annuncio dato dai media: è sbagliato»



Paul Auster, la moglie: «L'addio e lo sfregio»

di Matteo Persivale La notizia della morte di Paul Auster diffusa dai media prima che i familiari potessero avvisare conoscenti e amici. «Ci hanno privato di questa dignità. Non so come sia successo, ma questo so: è sbagliato». Questo il commento di Siri Hustvedt, la moglie dello scrittore americano scomparso.

GIANNELLI



Le liste Ecco i nomi. I big in campo Il gelo di Zaia su Vannacci «Voto un veneto»

di Marco Cremonesi e Roberto Gressi Presentate le liste per le elezioni Europee. Ancora polemiche dentro il Carroccio sulla candidatura del generale Roberto Vannacci. «La Lega ha i suoi valori e il generale avrà i suoi... lo voterò un veneto», precisa Luca Zaia.

Le misure Sanzioni per i committenti Operai in nero, stretta sui lavori dentro casa

di Mario Sensini Stretta sul lavoro nero nell'edilizia, anche per i cantieri privati da 70 mila euro in su. Previste sanzioni fino a 5 mila euro per i committenti.

Il caso Campania, il concorso disertato In 62 per 363 posti nei Pronto soccorso

di Gabriele Bojano Medici in fuga in Campania. Al concorso per 363 posti in Pronto soccorso, solo 62 domande. Il sindacato: «È molto pericoloso, tanti i colleghi aggrediti».

Advertisement for 'Due Stelle nel Cielo Neroazzurro' by Beppe Severgnini, published by Rizzoli.

Advertisement for 'Il soliloquio di lavoro' by Massimo Gramellini, published by Rizzoli.

Advertisement for 'Il Nuovo Libro di Roberto Saviano' published by Rizzoli.

DOMANI SU TUTTOLIBRI

Pamuk, Martone e Nevo lo speciale per il Salone

FRANCESCA SFORZA



Verranno a Torino e parleranno di libri. Di quelli che hanno scritto, quelli che stanno leggendo, quelli che ameremo e quelli che dimenticheremo. Sono gli autori del Salone. - PAGINA 25

LA CULTURA

Quando Auster disse "Io? Sono una patata"

CRISTIANA MENNELLA



Per fedeltà profonda, non per spirito di emulazione, aprì questo mio contributo con un aneddoto umoristico, proprio come Paul Auster ha iniziato il suo monumentale 4321. Il protagonista è proprio Auster. - PAGINA 22



LA STAMPA



VENERDÌ 3 MAGGIO 2024

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 158 II N.121 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

IL REFERENDUM SUL JOBS ACT SPACCA IL PD: SCHLEIN PRENDE TEMPO. ZAIA SCARICA VANNACCI: "NON LO VOTERÒ"

Manovra, la stangata della Ue

I calcoli di Bruxelles: 8 miliardi per aggiustare i conti. Altri 20 servono per tagliare Irpef e cuneo

L'ANALISI

Se i bonus trasformano gli italiani in sudditi

VERONICA DEROMANIS

I bonus non dovrebbero essere adottati. Per un motivo molto semplice: trasformano gli italiani in sudditi. Le misure che distribuiscono risorse creano un legame di dipendenza tra il governo che le introduce e i beneficiari. Una sorta di droga legale, per intenderci. Tale legame diventa ancor più stretto quando queste misure sono temporanee. E qui si arriva alla seconda criticità dei bonus: l'efficacia. Perché mai i cittadini dovrebbero cambiare i loro comportamenti a fronte di misure che oggi ci sono domani chissà? Qualche esempio: i bonus bebè non hanno invertito la curva demografica, il bonus 80 euro non ha dato luogo ad un incremento dei consumi tale da compensare il costo che - ovviamente - è tutto a debito. Eppure, anche questo governo ha scelto di replicare il solito schema: la tentazione, del resto, è irresistibile a pochi mesi dalle elezioni. - PAGINA 23

BARBERA, DIMATTIO, MONTICELLI - PAGINE 8 E 9

PRO PALESTINA, DILAGANO LE OCCUPAZIONI DELLE UNIVERSITÀ: 2000 ARRESTI. BIDEN: ANTISEMITI

Intifada americana

ALBERTO SIMONI

Ben Jelloun: "Non è una rivolta anti ebrei"

DANILO CECCARELLI

«È normale che i giovani si mobilitino per dare sostegno ai palestinesi». Lo scrittore franco-marocchino Tahar Ben Jelloun, 79 anni, parla del movimento pro-Gaza emerso negli Stati Uniti. - PAGINA 3

UN ANNO DOPO

Tra i dimenticati dell'alluvione in Emilia "Ho ricostruito la casa dallo Stato zero euro"

NICCOLÒ ZANCAN



«Il letto aveva le sbarre», ripete la signora Giuliana Bordin. È passato un anno. Ma non c'è modo di ricomporre il disastro. «Mio marito non muoveva più le gambe, povero Giovanni. Ero sola in casa: l'acqua ha fatto saltare la luce». - PAGINA 17

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Perché gli algoritmi non uccidono il lavoro

RICCARDO LUNA

È stata la prima Festa del Lavoro nell'era dell'AI, o almeno da quando abbiamo preso coscienza delle potenzialità di questa tecnologia che, secondo alcune previsioni, presto farà scomparire il lavoro umano e quindi anche la festa. - PAGINA 23

LE LISTE

Militari, ex e famigli la carovana del voto

FLAVIA PERINA

La sfida più vintage è nel Lazio: due ex-governatori (Nicola Zingaretti per il Pd e Renata Polverini per FI), un ex-sindaco (Ignazio Marino per Avs), un celebrato ex-assessore regionale alla Sanità (Alessio D'Amato per Azione). Nomi che hanno polarizzato a lungo il dibattito sul territorio. - PAGINA 13

GAZA

La mafia degli aiuti che affama la Striscia

NELLO DEL GATTO



Sono sempre più discordanti tra l'Esercito israeliano e Onu i numeri sugli aiuti trasportati a Gaza e distribuiti nella Striscia. - PAGINA 5

CISGIORDANIA

La barbarie su Adam giustiziato a 8 anni

FABIANA MAGRI



Il giorno in cui Basil e Adam, di 15 e 8 anni, sono stati uccisi dai colpi di arma da fuoco sparati dai militari israeliani, c'erano telecamere. - PAGINA 4

EUROPA

Primavera georgiana contro l'incubo Putin

ANNA ZAFESOVA



Manganelli e lacrimogeni: la piazza di fronte al parlamento georgiano si trasforma nel teatro di uno scontro sempre più violento. - PAGINA 6

IL DIBATTITO

Inutile vietare i social ai ragazzini fragili

MATTEO LANCIANI

In un rapporto redatto da esperti francesi si suggerisce di limitare l'uso di device e internet tra i minorenni. Tra le proposte: niente internet nello smartphone fino ai 13 anni, niente social media prima dei 15 anni, divieto di utilizzare Instagram e Tik Tok prima dei 18 anni. - PAGINA 23

BUONGIORNO



Conservo due libri che mi furono regalati per il decimo compleanno, roba di quarantacinque anni fa. Entrambi di Edi-Grafica, casa editrice di cui ho perso le tracce. Il primo è di Franco Ferrara, il gol come favola, una biografia di Ciccio Graziani. Amavo Graziani ma ero stupefatto e irritato che non ce ne fosse una su Paolino Pulici, totem della mia infanzia. L'altro è di Giglio Panza, Il Torino e la sua leggenda: devo stare attento a come lo maneggio, l'ho letto e riletto, consumato, le pagine rischiano di restarmi in mano. Nomi granata perduti nel tempo: Antonio Janni, Julio Libonatti, Adolfo Baloncieri. Quel sonetto stalinovista che comincia così: Bacigalupo, Ballarin, Maroso... L'amore è un fenomeno insostenibile per l'anima e infatti l'amore, quando arriva, non arriva e basta: travolge. Io fui travol-

to. Nel libro di Panza c'è una foto della Basilica di Superga scattata dall'alto, una freccia bianca tracciata come consentivano le grafiche di allora, a indicare da dove veniva e dov'era diretto l'aereo che settantacinque anni fa cancellò dalla faccia della terra, per etemarla nell'epica, la squadra degli Invincibili. Il sonetto stalinovista che proseguiva così: Grezar, Rigamonti, Castigliano... La morte non cancella l'amore, lo rende irrimediabile. Guardavo la foto, e quando mi ricapita la guardo ancora, con sbalordimento: era l'epicentro sacrale del mio amore per il Toro. Era la freccia che contava: la freccia non si interrompeva nel luogo dello schianto, proseguiva e, per sempre, proseguiva il sonetto: Menti, Loik, Gabetto, Mazzola, Ossola.

CONTINUA A PAGINA 16

Dolce Stil Toro

MATTIA FELTRI

ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO

Barbieri

Venerdì 3 maggio 2024 ANNO LVIII n° 105 1,50 € Santi Filippo e Giacomo

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale Le proteste nell'America verso il voto IL NUOVO FRONTE DEI CAMPUS USA

GIORGIO FERRARI

Iniziativa della polizia nel campus dell'Ucla a Los Angeles, proiettili di gomma esplosivi in Arizona nei confronti degli studenti, arresti in Texas, in Florida, nel New Hampshire, alla Fordham University di New York e soprattutto alla Columbia, l'università di Jack Kerouac e Allen Ginsberg...

continua a pagina 24

Editoriale Scuola e disabilità, l'Italia insegna L'INCLUSIONE UN PATRIMONIO

LUIGI D'ALONZO

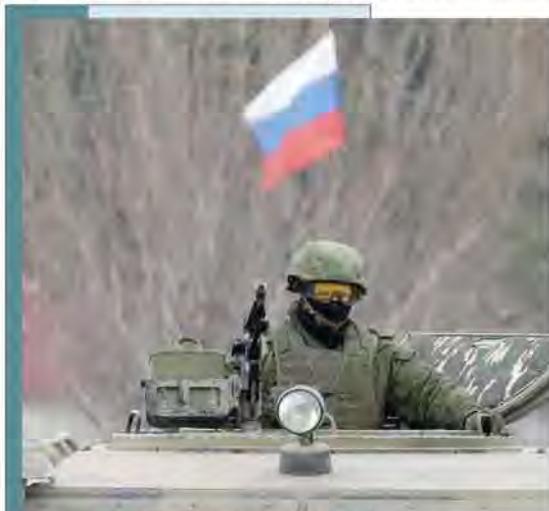
Lo so a Bruxelles per una ricerca internazionale, nel novembre dell'anno scorso, una collega tedesca, dirigente di un'importante associazione di persone con sindrome di Down, puntò l'indice verso di me e di fronte a tutti i colleghi preferì queste parole: «Voi italiani, mi raccomandando, continuate a lavorare bene, perché siete il faro del mondo sull'inclusione».

continua a pagina 24

LA CAMPAGNA DI AVVENIRE Dopo 15 anni di tentativi la politica prova a far ripartire il dossier sui figli dei migranti nati e cresciuti in Italia

Cittadinanza anno zero

In Parlamento i partiti di opposizione rilanciano le proposte di modifica alla vecchia legge del 1992 Tiepida Fratelli d'Italia: resta un caposaldo il ciclo scolastico di 10 anni. Il modello di Reggio Emilia



VINCENZO R. SPAGNOLO

Il confronto politico sulla riforma della legge sulla cittadinanza è come faraba fenice: rinasce dalle proprie ceneri. In Parlamento infatti la discussione pare sul punto di potersi riaccendere, a partire dalle proposte di legge ripresentate dalle opposizioni, con Pd e A5 in testa.

Mira a pagina 5

NELL'ASTIGIANO Migrante muore fuori dal Cas «I centri? abbandonati»

Motta a pagina 4

IL SINODO Quante storie di ordinaria corresponsabilità

LORENZO ROSOLI

«Una Chiesa, autenticamente sinodale, nella quale si vive lo stile della corresponsabilità, è necessaria alla missione di annunciare il Vangelo», dice don Giorgio Nacci, docente alla Facoltà Teologica Pugliese.

Borzillo e Sartori a pag. 6

IL MESSAGGIO Il Papa ai parroci «Senza di voi la Chiesa non va»

MIMMO MUOLO

A pagina 21

UCRAINA Marcia nel Donbass, accuse americane

Lo spettro chimico sull'avanzata russa

La lettera del dissidente Yashin VALE LA PENA CONTINUARE QUESTA FOLLIA?

Le fortificazioni sulla linea del fronte fanno fatica a reggere, ma Mosca non riesce ancora a travolgere le difese, sfidando in alcuni punti chiave, come il distretto di Avdiivka.

Scavo a pagina 3

MEDIO ORIENTE Negoziati in salita sulla tregua, la protesta dilaga negli atenei Usa

Su Gaza trattative in bilico E tra i campus è contagio

Tra Israele e Hamas si continua a trattare, ma l'ipotesi di una tregua sembra lontana e gli stessi negoziati appesi a un filo. Intanto il conflitto ha ormai contagiato gli Stati Uniti, messi a ferro e fuoco dagli scontri tra la polizia e gli studenti filo-palestinesi.

Broggi e Napolitano a pagina 2

DOPO LE ALLUVIONI Kenya, a Nairobi è allarme epidemia nelle baraccopoli

Albanese a pagina 18

PREVISIONI E CONTI PUBBLICI Occe: l'Italia cresce ma troppo poco

Pini a pagina 8

VERSO LE EUROPEE Nessun ministro in lizza: mossa anti rimpasto

Guerrieri e Iasevoli a pagina 7

SANITÀ Farmaci anti-obesità con utili da record

Affleri a pagina 19

Dio fra le righe Lorenzo Fazzini

La preghiera sei tu

«Accetto la tua fede, Charles. Adesso la capisco, perché io ho fede in Will. Perché sceglierò di credere per tutto il resto della mia vita che possiamo aiutarlo, e che lui ci ama, alla sua maniera. Se non lo faccio, impazzirò. Adesso capisco cosa ti dà la fede in Dio - cosa dà a tutti coloro che credono. Ne vale la pena, Charles».

si sa cosa sia. E in quel dialogo che funge da climax al romanzo Amantissimo (Einaudi) di Cara Wall, in cui i temi della domanda religiosa e l'indagine sul male si rincorrono.

AGORA REPORTAGE Nella Medina di Essaouira, aperta sull'Occidente

Tamburini a pagina 1

CINEMA Sguardi nuovi e inediti sul Gesù di Pasolini

Calvini e Castellani a pagina V

MARCHE E PESARO CAPITALE Cardini / Crippa / Portigaglia / Rondani / Zuffi LUOGHI INFINITI

LE MISURE ALLO STUDIO

Liste d'attesa, nel decreto si allenterà il tetto di spesa sulle assunzioni in corsia

Nel decreto sulle liste d'attesa che arriverà in consiglio dei ministri non prima di metà maggio non ci sarà già il superamento dell'odiato tetto di spesa per le assunzioni di medici e infermieri in vigore da 20 anni, ma un suo primo ampliamento (se ci sarà il via libera del Mef) per dare più ossigeno agli ospedali. La sua abolizione resta comunque uno degli obiettivi da raggiungere nella prossima manovra da parte del ministro della Salute Orazio Schillaci che ieri ha riunito di nuovo la commissione di esperti al ministero per continuare il lavoro sull'atteso decreto sulle liste d'attesa. Tra i capitoli del decreto resta quello anticipato dal Sole 24 ore riguardante l'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici: le prescrizioni si dovranno adeguare alle linee guida dell'iss sui percorsi terapeutici e saranno monitorate dal ministero per verificare eventuali anomalie. «Non ci sarà nessun taglio alla prescrizioni», ha ri-

badito ieri anche il presidente dell'Ordine dei medici Filippo Anelli, ma un attento monitoraggio sulle ricette. Così come nel decreto si lavorerà a Cup unici tra pubblico e privato con le agende che potrebbe così «ampliare la scelta del cittadino» permettendo «di lavorare sul diniego alle prenotazioni», ha aggiunto Anelli. L'Agenas lavorerà poi a una piattaforma nazionale per verificare per singolo ospedale la situazione sulle liste d'attesa.

—**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



2 mag
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Liste attesa/ Rossi (Omceo Milano): «Se il decreto Schillaci confermerà le anticipazioni valuteremo il ricorso al Tar come con Lorenzin»

«Il ricorso al Tar l'abbiamo fatto contro il decreto appropriatezza di Beatrice Lorenzin, poi sospeso visto il ritiro e l'approvazione del decreto Lea; nulla ci vieta di farlo anche contro il decreto Schillaci. Dobbiamo solo attendere che venga pubblicato, con le premesse che abbiamo letto. Perché se sono davvero queste, allora significa che abbiamo lavorato più di 20 anni invano». Sono le prime parole del presidente dell'Ordine dei Medici di Milano. Roberto Carlo Rossi, sulle anticipazioni delle nuove regole prescrittive, con codici e burocrazia, per i medici di famiglia e specialisti, utilizzando «parole acchiappa-consenso come diminuzione delle liste d'attesa e limitazione della medicina difensiva».

«Si parla di appropriatezza prescrittiva da molti decenni – spiega Rossi –. Già negli anni Novanta diventata materia di approfondimento universitario. Ciò che lascia esterrefatti è che si dica ancora che i medici si debbano 'familiarizzare' con questo tipo di logica. Peraltro, un costosissimo carrozzone di enti di controllo è impegnato ogni giorno a verificare le prescrizioni di farmaci e di esami, che giunge fino alla Corte dei Conti. Dunque, se c'è chi conosce alla perfezione queste regole sono proprio i medici del Ssn, di famiglia e specialisti. Dire dunque che i medici debbano imparare a conoscere queste regole è prima di tutto un obbrobrio storico,



totalmente inaccettabile, al limite dell'insulto».

Nel 2016 la ministra della Salute Beatrice Lorenzin predispose un decreto sull'appropriatezza, ricorda ancora Rossi - «dal taglio esclusivamente economico, con molti errori e senza alcuna condivisione con gli Ordini dei medici o le associazioni di categoria. Come allora anche oggi si parla nuovamente di limitare le prescrizioni, ma con altre motivazioni: ridurre le liste d'attesa e limitare la medicina difensiva. Ma in realtà sempre di soldi si tratta. Contro il decreto Lorenzin ci fu una forte levata di scudi e, come Ordine di Milano facemmo infatti ricorso al Tar – aggiunge Rossi -. Ma dopo un anno, il decreto venne sostituito dal decreto sui Lea che correggeva pesantemente il vecchio decreto, lo metteva sotto altra luce, decisamente più corretta, con indicazioni condivise da tutti, dando dunque ragione all'Omceo Milano».

Oggi la situazione è molto simile. «Pensare di ridurre le liste d'attesa con un decreto che va a misurare la prescrizione dei medici, è una contraddizione di termini. Una sciocchezza – spiega Rossi -. Ma c'è di più: il decreto vuole anche aumentare gli oneri di carattere burocratico. Perché teoricamente d'ora in avanti i medici dovrebbero inserire nel quesito diagnostico che ogni medico già prepara (è persino insultante dire che lo deve fare) anche dei codici, dei numeretti che fanno riferimento a tabelle preimpostate (ICD 9 – CM). Ma è impossibile far rientrare in un codice una patologia o un sintomo specifici: l'essere umano ha comunque sempre una sua complessità. Questa è una assurdità che va condannata ed evitata con ogni mezzo. Non solo perché aumenterà in modo inaudito il carico burocratico dei medici, ma anche il rischio di errore causato da migliaia di codici specifici. Senza contare che aumenterà l'attesa dei pazienti, le lamentele, le code. E le aggressioni e le minacce, verbali e fisiche, già sempre più all'ordine del giorno. Tutto ciò si ridurrà insomma ad una enorme gigantesca marea di tempo perso e tolto al paziente».

Il problema delle liste d'attesa è reale. «È un problema fisiologico legato all'essenza dell'essere umano – precisa Rossi -: nessuno, ovviamente, vuole ammalarsi e morire. Ciò porta il cittadino, il paziente, a cercare di fare tutti gli esami possibili per evitare e prevenire ogni tipo di malattia: 'Mi faccia fare un checkup completo' è la frase classica di chi, anche in ottima salute o con sintomi risibili, si rivolge al proprio medico. Ma questo è problema di tipo educativo, dovrebbe essere insegnato nelle scuole di ogni ordine e grado. Serve un'azione corretta sulla appropriatezza prescrittiva: insegnare ai cittadini e futuri cittadini il corretto utilizzo del Ssn. Accettando anche le indicazioni del medico, quando dice che un esame non è necessario. A questo proposito, giudico, di nuovo, sostanzialmente nulla l'azione di questo emanando decreto sulla così detta medicina difensiva. Anche qui la prima cosa da fare è garantire al medico la protezione necessaria per le decisioni che prende – continua Rossi -. Perché quando accade qualcosa a un

paziente, viene immediatamente attribuita la responsabilità al medico e subito si pensa ad intentare un'azione legale. L'educazione sanitaria ai cittadini deve comprendere anche questo punto. Un medico non è uno sciamano in grado di prevedere il futuro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2 mag
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Decreto Pnrr-quater in filigrana: tutti i limiti dell'ennesimo “provvedimento tampone” per il Ssn

di Stefano Simonetti

Il 30 aprile è stata pubblicata sulla Gazzetta ufficiale SO n. 19/ la legge 29 aprile, n. 56 di conversione del decreto 19/2024, il cosiddetto “Pnrr-quater”, entrata in vigore il 1 maggio. Alla fine del testo del decreto originale sono stati aggiunti alcuni articoli che costituiscono una ennesima puntata agli interventi spot

sulla Sanità pubblica e - come sempre avviene da anni - i risultati sono aleatori, disorganici e, a volte, incomprensibili. Preliminarmente non si può non ribadire che si tratta di una ulteriore operazione congiunturale che tocca alcuni punti particolarissimi lasciando la materia delle risorse umane, nella sua interezza, con le criticità precedenti. Qualche esempio del recente passato? La carenza di medici e infermieri, rispetto alla quale il legislatore prova in continuazione a fornire soluzioni ponte o alternative al concorso pubblico. La questione dei “gettonisti”, affrontata in modo parziale e molto edulcorato con l'art. 10 della legge 56/2023. Le violenze nei confronti del personale, oggetto inizialmente della legge 113/2020, tanto inconsistente da avere necessità di almeno due integrazioni (art. 16 della legge 56/2023 e art. 1 del d.lgs. 31/2024). Il trattenimento in servizio oltre i limiti di età, istituito modificato decine di volte con norme spesso illeggibili o di dubbia utilità, fino al recente intervento sui 72 anni. E poi, naturalmente, i tetti di spesa e i vincoli finanziari che a decorrere dalla legge 311/2004 hanno subito



disposizioni vessatorie con almeno sei successive ulteriori leggi che hanno introdotto o confermato le disposizioni limitative.

Tutte le tematiche ricordate sono state gestite in modo estemporaneo, alla bisogna e mai con un approccio sistemico di largo respiro e soluzioni strutturali. Viene sempre fatto ricorso alla decretazione d'urgenza, utilizzando la funesta tecnica della novellazione a pettine che genera grandi difficoltà di lettura e coordinamento e con la quale, tra l'altro, si perde molto spesso addirittura la linearità e la coerenza del testo normativo. Gli aspetti negativi di questa tecnica, a titolo di esempio, si possono vedere in tutta la loro macchinosità nell'art. 9, comma 28, novellato. Si tratta di un comma lunghissimo di ben 18 periodi e conta 877 parole. Al di là delle dimensioni impresentabili, vengono aggiunti due periodi di stringente attualità – si fa riferimento al triennio 2024-2026 - in una norma di 14 anni fa adottata in via congiunturale e in un contesto del tutto diverso. Da troppi anni l'azione governativa sui problemi del personale risulta frammentaria e “situazionista”; quello che manca veramente è una visione complessiva delle risorse umane della Sanità pubblica, al netto – ma questo è scontato – della questione retributiva.

L'aggancio 'di fortuna' al Pnrr. Sul piano strettamente istituzionale, è la centesima volta che in sede di conversione di un decreto legge si aggiungono decine di norme avulse dall'oggetto della decretazione d'urgenza originaria, in spregio all'art. 77, comma 2, della Costituzione e alle costanti indicazioni della Consulta. Ma sono anni e anni che in Italia si legifera in questo modo e il fenomeno è, evidentemente, irreversibile. Nel caso che ci occupa oggi il titolo del decreto legge del 2 marzo 2024 era “ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Pnrr” ed è arduo riconoscere nei contenuti degli articoli 44 bis, ter, quater e quinquies una attinenza con il Piano in questione. La declinazione ripetuta due volte “al fine di garantire il pieno raggiungimento degli obiettivi della Missione 6 del Pnrr” appare una petizione di principio o esercizio di natura meramente formalistica. Curiosamente per l'art. 44-bis non si ricorre a tale formulazione ma alla meno impegnativa “assicurare il rispetto delle scadenze relative ai progetti compresi nella Missione 6”, finalità complementare al miglioramento dell'efficienza dei policlinici. Vediamo allora la connessione con questo benedetto Pnrr. La Missione 6 prevede tutti interventi a titolarità del Ministero della Salute, suddivisi in due componenti: M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario. Cosa c'entrino i policlinici e gli specializzandi con questi obiettivi è difficile da comprendere. È pur vero che gli interventi attuati erano probabilmente necessari e il Governo ha approfittato di un decreto in conversione come – ripeto, per evitare equivoci – viene costantemente e impropriamente fatto da venti e più anni. Tuttavia, una prassi consolidata non può trovare una piena legittimazione solo in base

al fatto che si è sempre fatto così e che l'iter delle leggi ordinarie è di fatto impraticabile. Un'ultima considerazione in ordine al nesso degli emendamenti approvati con “il pieno raggiungimento degli obiettivi della Missione 6 del Pnrr”. Possibile che tutti gli interventi del legislatore riguardino solo personale sanitario? Per l'implementazione della telemedicina e la digitalizzazione del Servizio sanitario non viene fatto un solo cenno ad ingegneri o a tecnici informatici, a conferma della pretestuosità del richiamo alla Missione 6.

Il dettaglio degli articoli per la sanità. Detto questo in termini generali, proviamo a esaminare il dettaglio di questi quattro articoli o, meglio, di tre perché sull'art. 44-quinquies si è già detto troppo e la norma è talmente surreale che è preferibile parlare del resto.

Articolo 44-bis => destinatarie della norma sono le aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, rispetto alle quali qualche precisazione è necessaria. Sono soltanto nove in tutta Italia su 36 aziende ospedaliere-universitarie e sul totale di 224 aziende ed enti del Ssn (numero al netto di Rsa e Asp). Risalgono al decreto “Bindi-Zecchino”, citato nella norma, e costituiscono il 4% delle strutture sanitarie pubbliche. Nella seconda modificazione introdotta si rileva la seguente frase “nella forma ivi prevista dopo il periodo di sperimentazione”: ebbene questa sperimentazione doveva durare quattro anni e sono venticinque anni esatti che quelle strutture sono rimaste le stesse. Intanto può essere interessante ricordare quali sono: una nel Lazio (Aou Policlinico Umberto I di Roma), due in Campania (Aou Federico II e Aou Luigi Vanvitelli Unicam di Napoli), una in Puglia (Aou Consorziale Policlinico di Bari Giovanni XXIII), tre in Sicilia (Aou Gaetano Martino di Messina, AOU Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, Aou Policlinico Gaspare Rodilico – San Marco di Catania) e, infine, due in Sardegna (Aou di Cagliari e di Sassari). Una ulteriore segnalazione di interesse riguarda il contesto del recente Ccnq del 22 febbraio 2024. Nel testo firmato nulla è mutato rispetto al precedente Ccnq del 10 agosto 2022, anche se una variazione sostanziale che poteva essere attuata era quella relativa proprio alle aziende ove prevale l'aspetto didattico, cioè le nove “aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale” (appunto, i vecchi Policlinici a gestione diretta), da sempre nel comparto Istruzione e ricerca (art. 5) mentre quelle dove prevale l'aspetto assistenziale – le “aziende ospedaliere integrate con l'università” – sono rimaste ovviamente da sempre nel comparto della Sanità (art. 6). In merito, si era profilata l'idea di unificare tutte le aziende ospedaliere nella Sanità ma, come si è visto, non si realizzato nulla di ciò. Quali sono in buona sostanza le modifiche apportate? Si tratta nella lettera a) del ricorso ai contratti a tempo determinato che fino ad oggi potevano essere stipulati “nel limite del 2 per

cento dell'organico" mentre adesso viene fatto un generico rinvio alle disposizioni vigenti in materia di spesa per il personale; la norma non specifica quali esse siano, ma si dovrebbe intendere quelle per il personale del S.s.n. La precisazione non è inutile perché, come detto, gli ex policlinici a gestione diretta non fanno parte del comparto del S.s.n. Anche nella lettera b) c'è qualcosa che non torna, perché quella sorta di sanatoria delle assunzioni – “conserva” - effettuate in passato è condizionata al rispetto delle norme del “decreto Calabria” del 2019: l'estensore dell'emendamento è così sicuro che l'art. 11 della legge 60/2019 si applichi agli ex policlinici universitari i quali non hanno alle proprie dipendenze “personale degli enti del Servizio sanitario nazionale ? Tra l'altro queste aziende sono situate in cinque sole Regioni del centro sud delle quali quattro sono attualmente in Piano di rientro. Altri dubbi concernono l'applicazione del Ccnl dell'Area della Sanità di cui alla lettera D) dell'art. 7 del Ccnl del 22.2.2024 a dipendenti che dovrebbero far parte a tutti gli effetti dell'Area dell'Istruzione e della Ricerca, lettera C) della clausola medesima.

Articolo 44-ter => viene parzialmente superato il limite ancora ad oggi vigente, pari al “50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009” per assumere medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, ovvero mediante convenzioni o con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché nelle ipotesi di reclutamento di personale mediante contratti di formazione lavoro, o altri rapporti formativi, o con contratti di somministrazione di lavoro. Ho specificato “parzialmente” perché il limite è stato soppresso ma solo per il “personale della dirigenza medica e al personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario”: alla luce della irrazionale declinazione sono quindi esclusi veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi. Riguardo invece alla totalità del personale il limite viene rimodulato per la durata di tre anni, passando dalla metà al doppio di quanto speso nel 2009 per la stessa finalità. Non tutto è chiaro: ad esempio, il computo dello spendibile fino al 2026 dovrebbe essere al netto del personale indicato nella lettera a). Ma se è così, sembra che l'estensione sia davvero notevole se riguarda esclusivamente i dirigenti sanitari non medici e il personale tecnico e amministrativo. È certo, invece, che le decisioni di merito saranno in mano alle singole Regioni, come peraltro già avveniva riguardo alla quota media 2018, ai sensi dell'art. 11 della legge 60/2019. A tale ultimo proposito, va ricordato che non tutte le Regioni applicano il decreto Calabria. La norma su cui è intervenuto l'emendamento è il cosiddetto “decreto Tremonti” che, con l'art. 9, forte di ben 40 commi, intervenne nel 2010 con effetti devastanti in una infinità di aspetti, dal blocco della contrattazione collettiva agli incarichi, dal congelamento dei fondi ai tetti sul lavoro flessibile. Dal testo originario del decreto sono via via scomparse molte norme invasive ma, ad oggi, sono

ancora in vigore, ormai in modo strutturale, solamente i commi 28 e 32. Articolo 44-quater => questa è la norma che ha ottenuto i maggiori consensi da parte di sindacati, ordini professionali e associazioni specifiche; ben altra accoglienza ha invece avuto da parte degli organismi di vertice delle università. Significativa l'abolizione del vincolo dei 18 mesi come durata massima del rapporto di lavoro di uno specializzando. Il contratto avrà durata pari alla durata residua del corso di formazione specialistica e potrà essere prorogato fino al conseguimento del titolo di formazione specialistica, anche se la struttura nella quale lo specializzando svolge l'attività lavorativa non appartiene alla rete formativa della scuola di specializzazione cui lo specializzando stesso è iscritto, ma alla rete formativa di un'altra scuola di specializzazione per la disciplina di interesse. Si diceva dell'apprezzamento con cui è stato accolto l'emendamento ma, francamente, il Parlamento è arrivato tardi perché il superamento del vincolo temporale era già stato disciplinato dall'art. 86, comma 2, lettera h), del Ccnl del 23.1.2024. Con questo comma si dovrebbe pervenire alla completa liberalizzazione per l'assunzione degli specializzandi rafforzando le disposizioni del decreto Calabria, anche se è stato inserito il termine finale del 31 dicembre 2026. Infine, gli incarichi libero-professionali per i neo laureati inizialmente previsti dalla legge 56/2023 solo per i servizi di emergenza urgenza, vengono estesi a tutti i servizi sanitari.

I limiti degli interventi sul tempo indeterminato. In merito a tutti e tre gli interventi sulla utilizzazione dei contratti a tempo determinato, si rileva una certa contraddizione di fondo perché certamente un allargamento numerico o finanziario del lavoro a termine è difficile che possa consentire maggiore "efficienza" e serve solo a tappare buchi precarizzando ancora di più il personale. E in tale ottica le stabilizzazioni degli anni scorsi sembravano dover essere le ultime, visto che l'art. 20 del decreto Madia del 2017 ha per titolo "Superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni": il ricorso al lavoro flessibile e ai contratti libero professionali negli ultimi due/tre anni è aumentato in modo considerevole, altro che "superamento"! Anche in riferimento agli specializzandi la tematica è sempre quella del contratto a tempo determinato e una buona volta si dovrà riuscire a trovare una soluzione definitiva per il percorso post lauream e il successivo conseguente ingresso nelle aziende ed enti del Ssn.

Gli errori contenuti nella legge. Come consolidata tradizione, anche in questa legge si possono individuare errori ed improprietà. Alla fine dell'art. 44-bis viene citata tra parentesi la "ex area IV del Servizio sanitario nazionale" ma poiché in precedenza nel comma si parlava di "personale medico, veterinario e sanitario" sarebbe stato più corretto richiamare anche la ex area III, quella appunto nella quale in passato erano collocati i dirigenti sanitari non medici, ai sensi dell'art. 2 del CCNQ dell'1.2.2008, all'epoca vigente. Nell'art. 44-ter per tre volte si indicano gli "enti del Servizio

sanitario nazionale”, dizione inesatta e limitativa, rilevabile molto spesso al posto di “le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale”, come prescrive l’art. 1, comma 2, del d.lgs. 165/2001; e se proprio si vuole ricorrere ad una locuzione di sintesi, ignorare le aziende sanitarie che sono la stragrande maggioranza del S.s.n. appare piuttosto singolare. Sempre nel 44-ter, come già detto, si rileva nella lettera a) la “dimenticanza” dei dirigenti sanitari non medici. Se si tratta di un mero refuso, siamo ormai abituati a questi incidenti, basti ricordare l’art. 30-bis del decreto legge n. 104 del 14.8.2020 che ignorava i veterinari. Se, invece, l’omissione è intenzionale allora la gravità o l’irragionevolezza è ben diversa. Qualche perplessità induce, infine, la concordanza nella frase “profili sanitario e socio-sanitario”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Pronto soccorso, attenzione sui dati Agenas... i veri problemi sono carenza di personale e boarding

di Ufficio di Presidenza Simeu - Società italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza *

Nella continua attenzione mediatica cui è sottoposto il Pronto Soccorso italiano è importante evitare che i dati suscitino interpretazioni frettolose. La recente comunicazione dei 4 milioni di accessi inappropriati all'anno al Pronto soccorso, così come li definisce Agenas, rischia di generare un grave malinteso nel momento in cui gli accessi a bassa criticità vengono identificati come la

principale causa del continuo affanno nel quale vive il nostro Ps. È necessario correggere questa errata percezione, richiamando invece l'attenzione su quelli che sono i veri macigni che ostacolano la realizzazione di un grande e cruciale progetto, la garanzia delle cure efficaci in emergenza urgenza, pietra di volta del più ampio progetto di un Ssn che tuteli la salute del cittadino.

La Società scientifica è portavoce dei professionisti che nelle strutture dell'Emergenza Urgenza operano da sempre e quotidianamente vivono una realtà fattuale ben lontana dal racconto mediatico di questi giorni: sappiamo bene che - se anche domattina si azzerassero gli accessi a bassa criticità i problemi del Pronto soccorso - non verrebbero risolti se non in una minima porzione.

Deve essere chiaro che i veri, mastodontici problemi del Pronto soccorso italiano sono la carenza di personale specialista e la difficoltà di assicurare un posto letto a pazienti che necessitano di essere ricoverati, gestendo la loro permanenza in Ps per tempi scandalosamente indefiniti calcolabili in giorni interi (il cosiddetto "boarding"). E il primo problema, la carenza di personale, è in gran parte l'effetto della seconda condizione, ovvero del boarding, che è la causa principale di stress lavorativo, conflittualità, disagio psico-fisico, tutti elementi alla base della fuga dei professionisti. La necessità che la Medicina del territorio agisca da filtro rispetto all'accesso indiscriminato al Pronto soccorso è fuori discussione: tuttavia gli investimenti di cospicue risorse storicamente riversate sul territorio non hanno mai prodotto, negli ultimi trent'anni, neppure un piccolo miglioramento per il Pronto soccorso. E il miglioramento del Ps, vale la pena ricordarlo, corrisponde al vantaggio dei cittadini. È il rischio che corriamo anche oggi: concordiamo sulla necessità di dare un significato concreto e operativo a quanto previsto dal Pnrr - nessuno più di noi ha il polso della bruciante necessità di una Medicina del territorio presente, prossima ed efficace - ma denunciando una visione parziale della grande questione sanitaria di questo Paese, che ignora sistematicamente l'insufficienza dell'offerta ospedaliera e degenziale in termini quantitativi e qualitativi.

L'urgenza di disporre di dati affidabili. Da tempo attendiamo dati affidabili che quantifichino oggettivamente il fenomeno del boarding nella sua cruda drammaticità,



che supera la dimensione freddamente amministrativa per divenire questione clinica (quale rischio aggiuntivo per ogni notte di permanenza in Pronto soccorso?) ma anche civile ed etica. Come società scientifica vorremmo disporre di dati che, superando la fuorviante genericità espressa da medie globali di scarso significato e numeri di accessi divisi per codice di triage, esprimano invece la realtà fattuale attraverso la declinazione per età, patologie predominanti, comorbidità, prestazioni erogate, diagnosi finali e destinazione di ricovero: la semplice separazione dei tempi d'attesa per i ricoveri in Medicina dagli altri tempi d'attesa produrrebbe dati imbarazzanti, che ben rappresenterebbero la progressiva diminuzione di efficienza del Ssn negli ultimi anni (probabilmente anche più dei ben noti dati sulle liste d'attesa!) e che focalizzerebbero il problema della cura della fragilità e della cronicità riacutizzata, le vere vittime dell'attuale situazione.

La questione che poniamo, tuttavia, è di fatto assente dalle iniziative istituzionali: l'enormità del problema richiede soluzioni competenti, programmatiche e coraggiose che, coinvolgendo tutte le categorie professionali, prendano le mosse dal concetto di "servizio" e affrontino il problema con un approccio globale e prospettico, superando la dimensione degli interventi puntiformi ed emergenziali.

Ma restando alla questione dei cosiddetti accessi "inappropriati" è necessario discutere su dati solidi, impossibili da ottenere se non partendo da una corretta definizione di "inappropriatezza": inappropriati rispetto a quale criterio? Al mandato della Medicina d'Emergenza Urgenza? Certamente vero, ma allora perché non si definisce inappropriato il boarding, quello sì davvero inappropriato in un Pronto soccorso, oltre che clinicamente dannoso per i pazienti?

Accesso inappropriato a chi? Agenas definisce inappropriato un accesso con codice bianco o verde non conseguente a un trauma e che non esita in un ricovero ospedaliero: definizione che cela un errore metodologico in quanto confonde insieme una considerazione "ex ante" (il codice di priorità al triage) con una "ex post", ovvero l'esito di quell'accesso, che è il risultato quanto meno di una valutazione clinica. Secondo quella definizione tutti gli accessi che non generino ricoveri sono egualmente inappropriati, inclusi quelli gestiti in modalità "fast track" (l'accesso diretto ad alcuni specialisti, che non grava sul Pronto soccorso generale) e quelli che invece impegnano il Pronto soccorso in attività cliniche e socio-assistenziali per tempi ben superiori a quelli attesi: Simeu ha quantificato in 800.000 i casi che nel 2022 sono stati gestiti in Pronto soccorso per non meno di 72 ore e che non hanno comunque generato un ricovero ospedaliero.

Constatiamo che dalla discussione sugli accessi inappropriati manca un elemento indispensabile, ovvero l'indicazione di quale sia invece il contesto appropriato per le domande di salute che causano quegli accessi, alle quali deve essere offerta un'alternativa concreta.

Restare intrappolati in astratte questioni metodologiche impedisce di affrontare nel concreto il problema: se identificassimo l'inappropriatezza degli accessi sulla base di parametri "ex ante", concordati con i clinici, senza condizionare il giudizio al risultato della valutazione eseguita nello stesso Pronto soccorso (un insolubile circolo vizioso!) potremmo facilmente determinare la quota di accessi inappropriati che congestionano le strutture e di conseguenza, sin dalla valutazione al triage, indirizzare le istanze improprie verso le sedi più appropriate.

Non stiamo minimizzando il problema dell'inappropriatezza, che preferiamo chiamare più correttamente "non urgenza", che è enorme e vede la società scientifica impegnata alla ricerca di soluzioni: vogliamo però affermare con forza che in questo momento storico tale problema è secondario rispetto alle altre questioni capitali che abbiamo già indicato.

Seguiamo con interesse e spirito di collaborazione le esperienze messe in campo da varie Regioni nell'intento di dare risposte al problema della "non urgenza": il contributo della società scientifica consiste in un'analisi approfondita e competente dei dati, se disponibili, che ad oggi appaiono preliminari e troppo eterogenei per consentire una valutazione d'efficacia delle soluzioni proposte. Attendiamo dati ulteriori e vigiliamo,

nel timore che l'aumento dell'offerta, se condotto senza un adeguato governo, produca ancora una volta un incremento delle prestazioni non urgenti senza alcun decongestionamento reale del Pronto soccorso, come già in passato.

Le scarse risorse a disposizione impongono una gestione sempre più attenta: il punto di vista che deve guidare i provvedimenti è la tutela della salute del cittadino e non, come rischia di accadere, un'affannosa rincorsa al cieco incremento delle prestazioni.

* *Fabio De Iaco (Torino) – Presidente*

* *Beniamino Susi (Civitavecchia) – Vicepresidente*

* *Antonio Voza (Milano) – Segretario*

* *Andrea Fabbri (Forlì) – Tesoriere*

* *Salvatore Manca (Oristano) – Past-president*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità pubblica addio con i feudi regionali

Il diritto alla salute, già a rischio per il definanziamento del Ssn da parte del governo Meloni, con l'autonomia differenziata sarà ancora più minacciato. Dai contratti integrativi regionali a tariffe e rimborsi diseguali, ecco gli effetti del Ddl Calderoli

di Loretta Mussi

Il report della Fondazione Gimbe e l'appello di alcuni scienziati recentemente pubblicati offrono una visione molto negativa sullo stato del nostro Ssn che peggiorerà ulteriormente con l'approvazione - mentre andiamo in stampa è previsto il 29 aprile l'arrivo alla Camera - del Ddl Calderoli e delle intese regionali, condotte dal presidente del Consiglio, che rimetteranno alle regioni le competenze oggi dello Stato, tra cui la sanità, in parte già trasferita. L'autonomia potrà essere richiesta su tutte le 23 materie attualmente nella competenza totale o parziale dello Stato: se tale possibilità diventasse realtà, la Repubblica non esisterebbe più e lo Stato diventerebbe insignificante. Scelte così importanti, peraltro, si stanno compiendo senza rispetto alcuno della democrazia e della Costituzione. Negli ultimi mesi siamo stati intrattenuti dalla questione dei Lep, cioè i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Queste competenze, sostanziali per il benessere e il mantenimento della salute delle comunità, erano state già inserite nel nuovo Titolo V del 2001, ma in oltre 20 anni, non sono mai state individuate. I lavori sono in corso ma è presumibile che i Lep non vengano né individuati né applicati se non a livello minimo perché è stato ripetutamente escluso che possano essere mobilitate risorse per il loro finanziamento. Anche per i Livelli essenziali di assistenza (Lea), che esistono fin dal 2001 non furono mai introdotti specifici finanziamenti. Anzi, proprio il mancato finanziamento dei Lea per i territori in difficoltà ha contribuito all'ulteriore e progressivo impoverimento delle regioni del Sud, già penalizzate dalla ripartizione del fondo sanitario nazionale (Fsn) tra le Regioni sulla base della popolazione residente, solo in parte "pesata" per l'età, e non sulla base del reale fabbisogno.



Ciò è d'altronde in linea con quanto ripetuto nel Ddl Calderoli, e altrove, secondo cui l'Autonomia differenziata (Ad) e le singole intese non dovranno comportare costi per lo Stato, anzi, il ministero dell'Economia vigilerà che non vi siano finanziamenti per eventuali prestazioni aggiuntive necessarie a raggiungere i Lep.

Le Regioni godono già ora di un'ampia autonomia in materia di sanità, in base al Titolo V. Le misure più devastanti per il Paese arriveranno però con l'Ad: alcune anticipazioni le conosciamo dalle preintese sottoscritte da Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna nel 2018. In primo luogo chiedono la rimozione di ogni tetto di spesa in materia di personale. La cecità dei governi in materia di personale - siamo a 20 anni ormai di tetto - è tra le cause della crisi in cui versa il Ssn e dello scontento delle regioni. La restrizione dei finanziamenti, tra l'altro, ha aumentato la spesa perché le amministrazioni hanno esternalizzato i servizi, spendendo di più, o, peggio, sono ricorse a personale esterno, soprattutto medici, pagati a gettone, oltre a favorirne la fuga nel privato a causa dei bassi salari e dello stress lavorativo. Mentre l'abolizione del tetto sul personale è necessaria, è invece devastante e in contrasto con il Ssn la richiesta della contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del Ssn che apre alla concorrenza tra Regioni, favorisce il trasferimento di personale dal Sud al Nord, vanifica la contrattazione collettiva nazionale e danneggia definitivamente i sindacati. La stessa autonomia determinazione delle borse di studio per le scuole di specializzazione e per i medici di medicina generale, senza una programmazione nazionale, porterà a forti squilibri tra le regioni. L'altra richiesta che sancirebbe la fine, anche formale, di un Ssn accessibile e uguale per tutti è la richiesta di autonomia nella determinazione del sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione, nella istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi e nell'accelerazione del welfare integrativo aziendale. L'autonomia in questi campi darebbe il via libera a sistemi assicurativo-mutualistici regionali e al privato. Privato che continua a erodere spazi al pubblico. La copertura pubblica della spesa sanitaria, per ora ancora presente (74%) sta progressivamente diminuendo mentre cresce la spesa privata (oltre 40 miliardi provenienti direttamente dalle famiglie). Ma vi sono regioni, come il Lazio e la Lombardia, in cui già ora il privato supera il 50%. Oltre 1/3 delle visite specialistiche e delle procedure diagnostiche sono a pagamento. I servizi, anche sanitari, addirittura i Pronto soccorso sono esternalizzati. La riabilitazione domiciliare è in larga maggioranza in mano al privato e almeno il 62% della popolazione con limitazioni funzionali non riceve alcun servizio pubblico. Il deterioramento in atto è espresso da alcune statistiche nazionali benché inadeguate a misurare lo stato di salute per la genericità degli indici utilizzati, per l'assenza e di un efficiente sistema di rilevazione e perché spesso non si intercettano le disuguaglianze.



Nel 2022 l'aspettativa di vita alla nascita era di 82,6 anni (media nazionale), con un estremo positivo di 84,2 anni in Provincia di Trento e negativo di 81 anni in Campania, più bassa per gli uomini: un gap di 3,2 anni. Se poi si considera l'aspettativa di vita in buona salute, la differenza è ancora maggiore: 20 anni tra i due estremi. In tutte le regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è inferiore alla media nazionale e in peggioramento, per la bassa qualità dei servizi sanitari, la difficoltà di accesso agli stessi, la scarsa diffusione della prevenzione e la mancanza di risorse. L'assistenza domiciliare integrata (Adi), fondamentale per evitare ricoveri impropri e che consente alle persone di essere curate e assistite nel proprio ambiente di vita, è praticamente assente al Centro-Sud, per cui centinaia di migliaia di pazienti non possono essere seguiti. In tutto il Paese riguarda almeno il 50% della popolazione e la richiesta è ovviamente in aumento. Stante questa situazione è normale che la mobilità sanitaria da Sud verso Nord sia in aumento. Nel periodo 2010-2021 le Regioni del Sud, ad eccezione del Molise, hanno accumulato complessivamente un saldo negativo pari a 13,2 miliardi di euro, mentre il saldo attivo l'hanno avuto proprio le tre Regioni che hanno già richiesto le maggiori autonomie. Nel 2021 su 4,25 miliardi di euro di valore della mobilità sanitaria, il 93,3% della mobilità attiva si concentrava in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre il 76,9% del saldo passivo gravava su Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo. Non si citano nel rapporto e anche nel recente appello degli scienziati due capitoli fondamentali che hanno un impatto rilevante sulla salute pubblica: la prevenzione primaria, come tutela dell'ambiente e dell'ecosistema, risanamento e innovazione dei settori produttivi, alimentazione, edilizia/urbanistica e governo del territorio, agricoltura, energia, rifiuti, trasporti e altri settori sensibili per la salute, la ricerca scientifica e tecnologica per coadiuvarla e la sicurezza sul lavoro che è completamente disattesa e la cui mancanza miete vittime ogni giorno. Con l'Autonomia differenziata la situazione non potrà che peggiorare perché lo spezzettamento delle funzioni e competenze ambientali tra le regioni impedirà lo studio e la messa in opera di una strategia per la prevenzione primaria.

A fronte di questa situazione chi ci governa non mostra preoccupazione alcuna, anzi ha programmato l'ulteriore riduzione del finanziamento del Ssn che nel 2025 raggiungerà il record negativo del 6,2% del Pil, mentre nel resto dell'Europa in Paesi come la Francia e la Germania si supera il 10%. L'inerzia del governo rivela la volontà di risolvere il problema attraverso il privato, che, nel frattempo, è diventato molto potente. Sull'accelerazione nell'ultimo decennio delle richieste di Ad ha influito anche lo stato precario dei servizi sanitari regionali, ma quando l'Autonomia differenziata sarà acquisita e non vi saranno più impedimenti da parte dello Stato, sarà accelerata la dismissione del pubblico a favore del privato, e questo non sarà un bene **per la maggior parte della popolazione.**

Cercasi medici e infermieri

I due maggiori comparti di personale del Ssn sono rappresentati da 102.491 medici, con età media di 50,9 anni, il 22,9% del personale (51,2% donne) e da 264.768 unità di personale infermieristico, il 59,2% della forza lavoro, con età media di 40 anni. La situazione più critica riguarda gli infermieri: la media europea è di 8,3 x 1.000 abitanti, mentre in Italia è 6,3. Ciò comporta che il rapporto infermieri/medici è bassissimo: Italia 1,6; Eu 2,2. Mancano in Italia 237.282 infermieri; se poi il confronto considera gli over 75 (criterio assai rilevante specie per il personale infermieristico) mancano all'Italia 350.074 unità di personale (Rapporto Crea 2022).



2 mag
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Previdenza/ Liquidazione alle calende greche

di *Claudio Testuzza*

L'Inps ha, di fatto, posto un freno all'anticipo del trattamento di fine servizio per i dipendenti pubblici. Gli statali non hanno più chance di presentazione di nuove domande.

L'ultimo giorno utile è stato il 24 aprile 2024, in seguito al quale si è rinviato tutto a "nuova comunicazione". Il motivo di tutto ciò è

rintracciabile nel quasi esaurimento delle risorse. Situazione ben delineata dall'Ente di previdenza, che in un documento ha dichiarato come la presentazione di nuove domande sia attualmente inibita.

Quando si parla di Tfs, si fa riferimento all'indennità per la chiusura del rapporto lavorativo, che va corrisposta ai dipendenti pubblici nel caso in cui l'assunzione sia avvenuta prima del 1° gennaio 2001. Tutti coloro che hanno trovato occupazione nella Pubblica amministrazione in seguito, rientrano nel novero dell'attribuzione del Tfr. Ricordiamo che il Tfr/Tfs dei dipendenti pubblici viene pagato anche dopo due anni dalla cessazione del rapporto di lavoro e, comunque, con tempistiche in netto ritardo rispetto a quelle del settore privato. Da tempo, questa ingiustificata disparità è stata considerata, da molti, inaccettabile tanto da determinare una serie di cause al fine di stabilire l'equiparazione dei tempi di pagamento del Tfr tra lavoratori del settore pubblico e lavoratori del settore privato.

Per i dipendenti pubblici i termini di pagamento e liquidazione Tfr cambiano a seconda delle cause di cessazione del rapporto di lavoro: entro 105 giorni



solamente in caso di cessazione dal servizio per inabilità o per decesso; non prima di un anno se la cessazione avviene per pensionamento e raggiungimento dei requisiti di servizio o per età; non prima di 24 mesi se la cessazione avviene per dimissioni volontarie con o senza diritto a pensione, licenziamento o destituzione dall'impiego. In una prima fase il legislatore accorgendosi dell'infelice situazione in cui si erano trovati i pensionandi ha previsto, per costoro, la possibilità di incassare parte della liquidazione mediante un prestito bancario, garantito dallo Stato con un interesse intorno al 2,5 % in parte compensato da uno sgravio fiscale. Prestito che, però, non può superare i 45 mila euro.

Dal 1° febbraio 2023 gli ex dipendenti pubblici in pensione possono chiedere l'anticipo del Tfs o del Tfr all'Inps a condizioni più vantaggiose. La novità fa seguito, dopo le vibranti proteste delle categorie interessate, all'approvazione della delibera Inps n. 219/2022 che ha introdotto una nuova prestazione disponibile, in via sperimentale per il triennio 2023-2025, a tutti gli iscritti alla gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali dell'Inps, pensionati o che hanno cessato il rapporto di lavoro e che hanno titolo al Tfr o al Tfs non ancora interamente erogato. La maggior parte degli interessati è riconducibile alla prima voce, cioè si tratta di ex dipendenti pubblici che hanno cessato o cessano il servizio andando in pensione.

Sull'anticipazione Tfs/Tfr è prevista l'applicazione di un tasso di interesse fisso per l'intera durata del finanziamento, pari all'1%, e di una ritenuta dello 0,50% a titolo di ristoro per le spese di amministrazione. L'anticipo è disponibile alla condizione che l'interessato abbia confermato ed ottenuto l'adesione al Fondo Credito per il periodo di pensione. Sul punto è bene ricordare che, almeno di regola, l'iscrizione al Fondo è obbligatoria solo per i lavoratori in attività e cessa con la conclusione del rapporto lavorativo salvo l'interessato non comunichi, entro l'ultimo giorno di lavoro, la volontà di proseguirla anche durante il pensionamento. Se non ricorre l'iscrizione del pensionato alla gestione credito l'anticipo del Tfs/Tfr non spetta. Altro elemento limitativo è rappresentato dalla norma che prevede che le spese relative all'erogazione dell'anticipazione ordinaria del Tfs/Tfr sono sostenute dalla Gestione unitaria a fronte dello stanziamento definito e autorizzato nell'ambito dei bilanci di previsione, e nel rispetto dell'equilibrio economico patrimoniale della Gestione. Prendendo spunto da tale clausola l'Inps ha diramato un documento con cui ha comunicato che, con riferimento alla prestazione di anticipazione ordinaria del Tfs/Tfr in favore degli iscritti alla Gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali istituita con la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 219 del 9 novembre 2022, le risorse finanziarie ad essa destinate nel Bilancio di previsione dell'Inps, per l'anno 2024, sono, sulla base delle stime effettuate, in esaurimento. Già a febbraio 2024 erano state raccolte numerose segnalazioni, che hanno portato il Consiglio di indirizzo e vigilanza dell'Inps

a rilevare dei significativi ritardi dettati dall'introduzione di un termine dilatorio di un anno, ma non solo. Nel mirino infatti anche altri fattori, come la carenza di personale dedicato a questa specifica attività, così come operatori non formati a sufficienza. Una situazione che non fa che attirare ulteriori polemiche.

Questo stop, infatti, è in netto contrasto con il chiaro messaggio lanciato dalla Consulta a giugno 2023. A parziale contentino l'Inps afferma che resta comunque la possibilità di ricevere l'anticipo per quegli utenti le cui proposte di cessione, già presentate, rientrino nei limiti delle disponibilità finanziarie e ottengano la relativa accettazione da parte dell'Istituto. Per quanto riguarda le domande presentate che risulteranno prive di copertura, l'Istituto ha, anche, dato comunicazione alle sedi e ai poli territoriali e nazionali di non procedere al loro mancato accoglimento, rimanendo in attesa di ulteriori istruzioni operative. Considerando, poi, l'importante valore sociale di una prestazione di credito legata al Tfs e al Tfr dei dipendenti pubblici, l'Inps si esprime anche che valuterà un'evoluzione della prestazione, alla luce dell'attuale livello sistematico dei tassi d'interesse e della potenziale base di utenti derivante dalla riapertura delle adesioni al fondo, prevista dalla normativa vigente.s

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MOVIMENTO PER LA VITA REPLICA AGLI ATTACCHI SUL SUO OPERATO. MA TENDE LA MANO.

«Ostilità contro i volontari per la vita Basta con i pregiudizi, dialoghiamo»

FRANCESCO OGNIBENE

Sdegno per i toni ostili e di una campagna mediatica di settimane, fermezza nel chiedere rispetto, ma anche mano tesa per riprendere un dialogo sull'aborto che non è sembrato mai tanto difficile. Il Movimento per la Vita italiano affida a una lunga, meditata e puntigliosa nota la sua posizione sulla furiosa polemica che si è scatenata prima e dopo il varo del provvedimento che apre alla collaborazione tra consultori e «idonee formazioni sociali di base e associazioni del volontariato», come si legge all'articolo 2 della legge 194, della quale l'atto voluto dalla maggioranza è di fatto un'attuazione. «Inspiegabile in particolare – scandisce il comunicato – è sembrato il clima di aperta ostilità con cui è stato espresso, sui media e da parte di esponenti della politica, il dissenso verso l'operato dei volontari dei Centri di aiuto alla Vita, mostrando spesso di non avere la minima idea di cosa facciano realmente ogni giorno da anni, di come operano, dello stile di accoglienza – sempre con e per le donne, accanto alle donne –, della gratitudine che proprio le donne manifestano apertamente per

il sostegno e la disponibilità ricevuti in un momento di difficoltà. Quante donne felici di essere state liberate dai condizionamenti che le avrebbero spinte verso l'aborto!». La distanza tra attacchi anche verbalmente violenti e realtà dei fatti appare enorme, con una vicenda che «ha fatto emergere purtroppo molti pregiudizi nei confronti di chi, come il Movimento per la Vita – realtà strutturalmente e metodologicamente diversa da Pro Vita e Famiglia onlus con cui troppo spesso è confusa –, svolge da decenni un'opera di servizio accanto a donne in situazioni particolarmente difficili per una gravidanza imprevista e osteggiata, spesso dagli stessi partner, dai datori di lavoro, dalle famiglie». Al Movimento per la Vita non va giù l'«atteggiamento pregiudiziale e rancoroso» per il quale esprime «dolore e sconcerto», augurandosi «di tutto cuore che si sappia al più presto mettere responsabilmente da parte la strumentalità aggressiva, sempre pessima consigliera e portatrice di divisioni profonde che rischiano di inquinare la percezione» di «un servizio volontario del tutto disinteressato, generoso, mai giudicante e sempre rispetto della volontà delle donne», col rischio che «l'intolleranza di certi toni» possa «produrre odio». Il MpV «sente ora il dovere di chiedere che i toni si abbassino e si torni ad ascoltarsi, nell'interesse di tutti, e in particolare

delle persone che vivono situazioni difficili». Cinque le proposte per dare concretezza all'appello. Anzitutto c'è l'invito a «giudicare l'intervento regolatorio appena varato alla luce dell'effettivo dettato della legge 194» e non si di sue citazioni generiche, parziali o artefatte. In secondo luogo «conoscere la presenza già in atto da anni dei Centri di aiuto alla Vita nelle istituzioni sanitarie sulla base di accordi trasparenti e nella reciproca soddisfazione, lungi da qualunque intento ideologico». Terza proposta è «rispettare il pensiero – fondato sulla scienza e sulla ragione – di chi riconosce nel non nato un essere umano a pieno titolo». Dal Movimento per la Vita arriva poi l'invito a «dialogare senza pregiudizi ascoltando le ragioni gli uni degli altri» e infine l'idea di «trovare un terreno comune di azione per ridurre il ricorso all'aborto» e aiutare «le troppe donne che ancora sono costrette a interrompere una gravidanza per indigenza, emarginazione, violenza, abbandono, pressioni ambientali». «Lavoriamo insieme – è l'appello finale – a una società accogliente verso ogni vita umana, a cominciare da quelle più vulnerabili».



Aborto, l'attacco alla 194 viene da lontano

NADIA MARIA FILIPPINI

■ ■ Con una norma impropriamente inserita nel Pnrr, il governo ha dato il via libera all'ingresso dei movimenti Pro-vita, contrari all'aborto, nei consultori familiari. L'iniziativa chiarisce in maniera inequivocabile qual è la direzione politica della maggioranza in questa materia. Come ha sostenuto fin dall'inizio della sua presidenza Giorgia Meloni, non è quella di "toccare" la 194/78 e questo almeno per due ragioni: primo che questa legge è stata votata e confermata da un referendum popolare a larga maggioranza (ancora oggi diffusa nel paese); secondo che il testo della legge è talmente generico e sfaccettato nella sua formulazione da poter prestarsi a diverse interpretazioni e ad essere declinato in vari modi, frutto di un complesso e discusso compromesso parlamentare.

Va ricordato infatti che l'emendamento proposto dal partito della premier è stato reso possibile da un articolo della stessa legge 194/78 (art. 2 comma D) che prevede appunto la facoltà da parte dei consultori di avvalersi "della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita".

Tanto rumore per nulla dunque, come ha scritto qualcuno? Certamente no: non va sminuito l'impatto politico di questo de-

creto che non solo avvalle iniziative già messe in atto in alcune regioni, ma fornisce a tutte una base normativa nazionale di riferimento che legittima e rafforza l'inserimento delle associazioni contrarie all'aborto nei consultori. Questo risulta ancor più preoccupante alla luce dell'autonomia differenziata che si sta discutendo in Parlamento.

Per contrastare l'interruzione di gravidanza infatti non occorre modificare la 194/78. È sufficiente da un lato ostacolarne la piena applicazione; dall'altro sfruttare e applicare solo gli articoli che vanno nella direzione opposta. È quanto hanno fatto in questi anni i governi di destra di varie regioni, sotto la spinta dei movimenti Pro-vita e di settori clericali. È noto alle cronache il doloroso calvario che molte donne sono state e sono costrette ad affrontare per abortire, mendicando di ospedale in ospedale, con il rischio di veder scadere i termini di gravidanza fissati per legge, in un paese i cui l'obiezione di coscienza sfiora il 70%, con picchi del 90% in qualche regione. Altrettanto acclarata è la pratica crudele a cui sono sottoposte in alcune regioni: quella di ascoltare i battiti fetali prima di sottoporsi all'intervento. Una situazione tale da riavviare i viaggi all'estero per abortire (per chi se li può permettere) e da richiamare nel 2016 il monito all'Italia del Consiglio d'Europa per violazione dell'art. 11 della Carta sociale europea, proprio a causa della difficile applicazione della legge 194/78.

Ma la politica colpevolizzante e dissuasiva dell'interruzione di

gravidanza è passata anche attraverso altri canali, come quelli del divieto di applicare negli ospedali (Umbria e Marche in primis) l'aborto farmacologico, la RU486, fortemente contrastata nella sua diffusione malgrado le raccomandazioni dell'Oms e perfino le indicazioni ministeriali, in quanto meno

invasiva e di più semplice applicazione, rispetto all'intervento strumentale che richiede una ospedalizzazione.

Ancora più eclatante è stato il vero e proprio boicottaggio, effettuato da parte di molte amministrazioni di centrodestra e fin da subito, dei consultori familiari previsti dalla legge 405/75, la cui distribuzione rimane ancora ben al di sotto di quanto previsto (uno ogni 20mila abitanti); servizi nati soprattutto con lo scopo di favorire una scelta consapevole della maternità e di prevenire il ricorso all'aborto con la conoscenza e diffusione di metodi contraccettivi. L'introduzione dei movimenti Pro-vita ha, tra l'altro, il sapore di una indiretta delegittimazione degli operato-

ri: a quale scopo infatti prevedere l'ingresso di altre figure per svolgere compiti già di loro competenza?

L'istituzione dei consultori c'era stata sotto la spinta di un movimento femminista che aveva già creato negli anni Settanta centri autogestiti di salute della donna, ambulatori, centri di self-help, proprio per sottrarre la donna a quella ignoranza del proprio corpo in cui era stata tenuta per secoli da una cultura



il manifesto

oscurantista, da norme e divieti laici e religiosi. Basti pensare che il divieto di propaganda e uso dei mezzi contraccettivi è stato cancellato in Italia solo nel 1971, con l'abrogazione dell'articolo 553 del codice penale Rocco. Perfino l'educazione sessuale nelle scuole è stata boicottata nel territorio, in nome del primato dell'educazione familiare rispetto a quella scolastico.

Il paradosso dello scarto esistente tra evanescenti misure di prevenzione e di educazione sessuale da un lato ed ostacoli effettivi al ricorso all'interruzione di gravidanza dall'altro, nonché la

grave e sistematica carenza di servizi ed iniziative a sostegno della maternità e della conciliazione maternità-lavoro (asili nido, scuole materne, scuole a tempo pieno, ecc.), dimostra -se ce ne fosse bisogno- la radicata persistenza in larghi settori del nostro paese di una cultura che vede la donna ancora incardinata al suo destino biologico, essenzialmente come madre; non soggetto veramente libero e responsabile delle proprie scelte procreative, ma piuttosto come una minore da indirizzare verso la scelta "giusta", da guidare, orientare, sorvegliare. Nel mirino in-

somma c'è qualcosa di più del contrasto all'interruzione di gravidanza in sé: c'è il concetto stesso della libertà della donna rispetto alle scelte che riguardano il proprio corpo.

Per contrastare l'interruzione di gravidanza è sufficiente ostacolare la piena applicazione della legge; e sfruttare e applicare solo gli articoli che vanno nella direzione opposta



Flash mob di "Sos aborto Napoli"
foto Ansa



LA LOTTA ALLA DROGA

La prima volta del fentanyl in Italia Trovato nell'eroina, scatta l'allarme

È stato un consumatore a fare analizzare la sostanza a Perugia: gli aveva provocato strani effetti. Gli esperti: «Adesso sappiamo che è arrivato anche da noi»

di **Alessandra Ziniti**

ROMA – Lo spettrometro del *drug checking* dell'unità mobile che stazionava in una piazza di spaccio l'ha rilevato subito: c'era un 5% del temutissimo fentanyl in quella dose di eroina, codeina e diazepam portata da un tossicodipendente che ha chiesto di poterla esaminare, preoccupato dagli strani effetti subiti dopo avere assunto quella sostanza già altre due volte. Esposto al raggio del *drug checking*, il fentanyl è stato individuato e la successiva analisi approfondita del laboratorio dell'Istituto superiore di sanità ha confermato.

«Adesso sappiamo che è arrivato. La nostra situazione non ha nulla a che vedere con quella americana. Non ha senso allarmarsi oltre un certo limite, ma neanche far finta che non significhi nulla. Diciamo che siamo ad un livello di allerta gialla e soprattutto che siamo in grado di avvisare istituzioni e consumatori del rischio reale di assumere questa sostanza pericolosissima».

Lorenzo Camoletto, referente nazionale del gruppo riduzione dei rischi e dei danni del Coordinamento nazionale delle comunità di accoglienza, valuta così il primo rilevamento in Italia di fentanyl per tagliare una dose di eroina. Una scoperta, quella effettuata a Perugia nei giorni scorsi da una unità mobile di una

cooperativa al servizio della Asl che ha subito attivato il sistema di allerta rapido in tutta Italia e indotto l'Istituto nazionale di sanità e la procura

di Perugia ad attivarsi per capire se quella dose rappresenta un caso eccezionale o se invece siamo davanti al primo passo dell'invasione del mercato italiano della cosiddetta droga dello zombie che nell'ultimo anno in America ha fatto più di 100 mila morti.

Gli esperti vanno cauti: nella zona di Perugia nelle ultime settimane non è stato rilevato un aumento di overdose ma l'inchiesta della Procura partirà proprio da un monitoraggio di eventuali morti sospette o di accessi di tossicodipendenti ai pronto soccorso. Di certo c'è che la scoperta che ha fatto scattare il sistema nazionale di allerta rapida è stata possibile grazie a quei servizi di prossimità di strada su cui di certo l'Italia non investe. «Basta dire – spiega Lorenzo Camoletto – che il *drug checking* è disponibile solo in quattro regioni: il Piemonte (l'unica che lo ha inserito a tutti gli effetti nel sistema regionale), l'Umbria e in via ancora sperimentale Lazio e Liguria. Quando la presenza di nuove sostanze viene rivelata con modalità tradizionali, dai sequestri delle forze dell'ordine al monitoraggio delle acque reflue fino all'esame di urina o capelli, è già tardi. In questo caso è stato proprio un consumatore, uno di quelli che entrano in contatto con i nostri operatori delle unità mobile che si muovono nelle piaz-

ze di spaccio o nei rave party, a chiedere il nostro aiuto per analizzare quella droga che gli aveva dato degli effetti indesiderati e a lui sconosciuti. E di solito almeno la metà dei consumatori, se le analisi certificano la presenza di sostanze sconosciute, rinuncia ad assumerle».

Nell'universo sempre mutante degli stupefacenti il fentanyl è il grande spauracchio, costa pochissimo ed è facilmente reperibile, ma finora il suo consumo in Italia non ha fatto breccia anche se gli investigatori hanno colto i primi segnali di interesse da parte delle organizzazioni criminali che governano le piazze di spaccio. «È ragionevole sperare che non siamo ancora all'immissione sul mercato italiano di sostanze tagliate con fentanyl – dicono gli inquirenti – ma la scoperta di Perugia è inquietante, potrebbe essere un test».



Simona Pichini, Iss “Costa poco ed è potente ma qui è difficile da reperire”

di Michele Bocci

Simona Pichini dirige il Centro nazionale dipendenze e doping dell'Istituto superiore di sanità, dove tra l'altro arrivano le segnalazioni dei sequestri di fentanyl in Italia.

Quali sono gli effetti della sostanza?

«È un oppioide, analgesico e narcotico. Ha gli stessi effetti dell'eroina e della morfina ma 100 volte più potenti. In Italia si usa in chirurgia come anestetico o per controllare il dolore ma solo nelle cure palliative, per pazienti terminali oncologici. Nel nostro Paese gli oppiacei, del resto, vengono usati quasi esclusivamente in situazioni del genere».

E qual è il suo utilizzo clandestino?

«Viene adoperato come agente da taglio o come sostituto dell'eroina, perché ha un costo molto basso. L'eroina, del resto, ha una filiera costosa. Va coltivato l'oppio e poi trasformato in morfina, che successivamente deve essere purificata. Il fentanyl invece si può produrre in laboratori clandestini, in Messico per gli Usa, nei Paesi dell'Est o nel Regno Unito per l'Europa».

Come mai è così temuto?

«La sua potenza maggiore significa anche maggiore tossicità, quindi rischio di overdose. E ci sono dei suoi derivati, come il carfentanyl, che sono addirittura mille volte più potenti dell'eroina».

Perché viene chiamato la “droga degli zombie”?

«È un errore definirlo così. La “droga degli zombie” provoca lesioni

cutanee profonde ed è un adulterante specifico dell'eroina e dello stesso fentanyl, la xilazina. Un anestetico usato in veterinaria, sempre dal costo contenuto, col quale si tagliano gli oppioidi, dei quali amplifica gli effetti».

Negli Usa il fentanyl provoca migliaia di morti ogni anno. C'è il rischio che si diffonda anche in Italia?

«Loro usano gli oppioidi come antidolorifici, ormai dagli anni Sessanta. Sono farmaci efficacissimi ma danno dipendenza perché agiscono su recettori cerebrali. E anche il fentanyl viene prescritto con facilità e quando le compresse prese in farmacia finiscono molti ne sono dipendenti. Da noi, per il dolore si usano altri medicinali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dirigente

Simona Pichini,
a capo del
Centro nazionale
dipendenze
e doping dell'Iss



2 mag
2024

DAL GOVERNO

S
24

Iss: Fentanyl oppioidi sintetico cento volte più potente della morfina ma non è la droga degli zombie

L'Istituto superiore di sanità ha pubblicato sulla home page del sito un primo piano sul Fentanyl dal titolo "Cos'è il Fentanyl, oppioidi sintetico cento volte più potente della morfina che non è la droga degli zombie". La pubblicazione arriva a due giorni dall'allerta di terzo grado scattata in Italia il 30 aprile dopo il ritrovamento di fentanyl come sostanza da taglio in una dose di eroina sequestrata alcune settimane fa nella zona di Perugia. Il ritrovamento ha fatto scattare il Sistema nazionale di allerta rapida per le droghe (News-D), coordinato dal Dipartimento per le politiche antidroga (Dpa).



Si tratta, precisa l'Iss, di "una comunicazione di massima urgenza che viene mandata a tutti gli operatori che hanno a che fare con i consumatori di sostanze d'abuso" tra cui tossicologie forensi, forze di Polizia, il Ministero della Salute, l'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco), gli assessorati regionali alla Salute, i Pronto Soccorso, gli Ospedali. "Gli alert sono coordinati dal Dipartimento delle politiche anti-droga, il cui braccio operativo è il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, si avverte che c'è un'allerta sanitaria per i consumatori di droga. L'allerta di grado 3 si riferisce a sostanze che possono provocare intossicazioni severe o morti, quale per esempio proprio il Fentanyl", precisa ancora l'Iss.

Nell'aggiornamento, curato Simona Pichini e Elida Sergi, l'Iss ricorda che il Fentanyl è un oppioide sintetico con proprietà analgesico narcotiche. E'circa 100 volte più potente della morfina, ma anche circa 100 volte più tossico . I suoi analoghi, più di 150 analoghi illeciti al momento nel mercato nero, arrivano ad essere fino a mille volte più potenti della morfina. Gli esempi più comuni sono il Sufentanyl o il Carfentanyl. In Italia il Fentanyl viene utilizzato per scopi consentiti e sotto controllo medico come anestetico generale nelle operazioni di chirurgia maggiore e nella terapia palliativa per il dolore terminale oncologico.

Nel mercato delle droghe, invece, può essere utilizzato come agente di taglio dell'eroina o anche al posto dell'eroina stessa e lavorato in laboratori illegali.

“Né l'eroina tagliata col Fentanyl né il Fentanyl da solo sono la droga degli zombie - spiega ancora l'Iss -. Si definisce tale una preparazione di eroina o di Fentanyl tagliati con la xilazina, anestetico e miorellassante veterinario, al momento utilizzato pochissimo in Italia, ma impiegato invece dal mercato illecito per fare un taglio che dia più potenza alla preparazione ma costi di meno. La xilazina produce delle ulcere cutanee negli arti superiori ed inferiori, soprattutto dove avviene l'iniezione delle preparazioni di strada da eroina. Queste ulcerazioni profonde rendono i consumatori zombie: da qui il nome utilizzato per definire questa droga”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALLARME AVIARIA**«Nuova pandemia»
Pronte le virostar**

Allarme dei virologi: «L'aviaria potrebbe essere la nuova pandemia». Ieri i test sulle carni in Usa sono stati però negativi.

Bruni a pagina 11

**EFFETTO COVID**

Aviaria, prove di pandemia E torna lo show dei virologi

*Gli esperti non escludono che possa essere la prossima epidemia
Ma ieri sono risultati negativi i test sulla carne venduta negli Usa*

ANGELA BRUNI

••• L'aviaria sarà la prossima pandemia? «È fortemente possibile», secondo Arnaldo Caruso, presidente della Società italiana di virologia (Siv-Isv), che non usa mezzi termini sui timori suscitati dall'epidemia che cresce tra i bovini da latte negli Usa, a causa di un ceppo altamente patogeno di virus H5N1 ritrovato in frammenti anche nel latte pastorizzato in commercio Oltreoceano. Nella comunità scientifica «la preoccupazione è grande», spiega l'esperto appena rientrato da Barcellona, dove ha partecipato al Congresso della Società europea di microbiologia clinica e malattie infettive (Escmid). «Il passaggio dell'aviaria nei mammiferi e

la circolazione in questi animali - avverte - è un passo avanti verso l'uomo».

Intanto, però, proprio ieri, sono risultati negativi i test per l'influenza aviaria H5N1 sulla carne venduta nei negozi al dettaglio in Usa. Lo ha riferito il Dipartimento dell'Agricoltura americano (Usda), che nei giorni scorsi aveva avviato dei controlli e delle verifiche su campioni di carne proveniente dagli allevamenti bovini dove erano stati segnalati casi di H5N1. I laboratori nazionali dei servizi veterinari del Food Safety Inspection Service (Fsis)

hanno testato 30 campioni di carne macinata, acquistati nei punti vendita al dettaglio negli stati con mandrie di bovini da latte risultati positivi. I campioni sono stati inviati ai National Veterinary Services Laboratories (Nvsl) per i test Pcr. I Nvsl hanno poi riferito che tutti i campioni erano risultati negativi per il virus H5N1. «Questi risulta-



ti riaffermano che l'approvvigionamento di carne è sicuro», hanno spiegato gli esperti.

Il presidente della Società italiana di virologia Caruso, comunque, traccia un quadro «forse pessimistico - ha ammesso - ma purtroppo non dobbiamo mettere la testa sotto la sabbia. Bisogna invece essere realisti e prepararsi».

Dopo queste dichiarazioni sono scesi di nuovo in campo i virologi italiani, che non hanno esitato, uno dopo l'altro, a commentare la possibilità di una nuova pandemia.

«Impariamo la lezione del Covid, sfruttiamo quello che con la pandemia abbiamo imparato meglio, sulla necessità di rafforzare la sorve-

glianza integrata uomo-animale per rispondere il più rapidamente possibile ai segnali di rischio e cercare di contenerli», ha affermato Fabrizio Pregliasco, virologo dell'università Statale di Milano. «Niente allarmismi», dice Pregliasco, ma sorveglianza e pre-occupazione nel senso letterale di occuparci di qualcosa prima che accada, è il mantra dell'esperto. «È corretto comunicare quella che oggi è una possibilità - sottolinea Pregliasco - senza allarmi, ma come conferma di ciò che il Covid ci ha insegnato, a cominciare dalla necessità di ricordare sempre che la natura, l'uomo, i batteri e i virus sono co-presenti. Evitiamo l'effetto "al lupo al lupo", ma sorvegliamo e prepariamoci».

Sul tema dell'aviazione è inter-

venuto anche Matteo Bassetti, direttore Malattie infettive dell'ospedale policlinico San Martino di Genova: «Condivido la preoccupazione e l'appello della comunità scientifica, nazionale e internazionale, relativamente a quanto sta accadendo con l'influenza aviaria H5N1 che oggi è un virus che di aviario non ha nulla perché è diventato dei mammiferi, ora nella mucca, ma prima in altre specie. Dobbiamo fare attenzione perché questo virus è molto vicino a noi, più vicino di quanto si possa pensare. A me fa più paura averlo scoperto in una mucca perché noi in occidente siamo più vicini alle mucche che - rispetto al Sud Est Asiatico - ai polli. Dalla mucca prendia-

mo il latte e la carne, è alla base della nostra alimentazione». E ancora: «Dobbiamo dire che non esistono prove di trasmissione interumana dell'H5N1 - avverte Bassetti - ma dobbiamo vigilare attentamente e non fare l'errore, fatto altre volte, che se qualcuno indica l'H5N1 come prossima pandemia subito viene contraddetto».

Il presidente Caruso

«Il passaggio nei mammiferi e la circolazione nei bovini è un passo avanti verso l'uomo fortemente possibile»

H5N1

Virus
È stato esaminato dal Dipartimento dell'Agricoltura americano sulla carne venduta nei negozi al dettaglio



CINA

Lo scienziato che scoprì Sars-2 ora costretto a dormire in strada

••• Dopo la chiusura del suo laboratorio Zhang Yongzhen, il primo scienziato che ha condiviso con il mondo la sequenza genomica del SARS-CoV-2, accelerando lo sviluppo di vaccini, dorme ora accampato fuori dal suo laboratorio. Il virologo ha deciso di contestare pubblicamente il Centro clinico per la salute pubblica di Shanghai, o SPHCC, dell'Università di Fudan, in Cina, la scorsa settimana. Zhang è stato fotografato accampato fuori dal suo laboratorio da domenica, dopo la chiusura del SPHCC, che ha rilasciato dichiarazioni pubbliche in cui afferma che il laboratorio era uno dei tanti che necessitavano di ristrutturazione e che ha fornito al gruppo di Zhang uno spazio alternati-

vo. Secondo i post pubblicati sui social media sull'account personale di Zhang su Weibo, l'istituto ha dato al gruppo di ricerca due giorni di tempo per andarsene, ma inizialmente l'SPHCC non ha specificato dove avrebbero dovuto trasferirsi. Zhang ha dichiarato che i funzionari hanno detto alla sua squadra di trasferirsi in un laboratorio che non aveva le condizioni di biosicurezza necessarie per conservare i campioni, che contengono agenti patogeni sconosciuti. Il laboratorio di Zhang è un laboratorio di biosicurezza di livello 3. Zhang ha dichiarato di aver dormito fuori dal suo laboratorio, anche sotto la pioggia. I post sui social media includono foto di lui sdraiato sotto le coperte. Lunedì Zhang ha descritto la sua situazione come «terribile». © RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ
**Farmaci anti-obesità
con utili da record**
Alfieri a pagina 19

Utili record per i farmaci anti-obesità La Sanità danese stringe: stop ai sussidi

 PAOLO M. ALFIERI
Milano

Il mercato dei farmaci anti-obesità si conferma un settore ad alta crescita, grazie al boom della domanda di questi medicinali da parte di chi punta a dimagrire in tempi rapidi e senza neanche troppi sforzi. Un "sogno" che ha peraltro controindicazioni non solo di spesa, visto il costo proibitivo dei farmaci, ma anche di approvvigionamento per i pazienti diabetici, per i quali questa classe di medicinali era stata sviluppata. Le due principali società farmaceutiche del comparto, la danese Novo Nordisk e l'americana Eli Lilly, si marciano stretto vedendo comunque entrambe aumentare i loro profitti. Se martedì era stata la società di Indianapolis ad aumentare le sue stime di vendita annuali fino a 2 miliardi di dollari per il suo farmaco Zepbound, ieri è stata Novo Nordisk a presentare dati migliori delle stime per i profitti del primo trimestre, grazie al boom del suo farmaco Wegovy. Ciononostante le azioni della società a maggiore capitalizzazione in Europa sono calate di oltre il 2%, visto che gli analisti si aspettavano profitti ancora maggiori. Va detto, peraltro, che a incidere

su settore sono le difficoltà di produzione, con le aziende leader che non sono ancora allineate alla forte richiesta del mercato.

Novo Nordisk oggi vale 576,4 miliardi di dollari e il valore delle sue azioni è cresciuto del 260% dal lancio del Wegovy negli Stati Uniti nel giugno 2021. Nel primo trimestre di quest'anno, la società danese è riuscita ad aumentare la sua capacità produttiva negli Stati Uniti, dove attualmente circa 27 mila nuovi pazienti, ogni settimana, iniziano il ciclo di iniezioni settimanali anti-obesità. «Ma la domanda sarà più alta dell'offerta ancora per un po' di tempo», ha ammesso ieri la società, che sta lanciando il Wegovy in Spagna e in Canada.

Nel primo trimestre, Novo Nordisk ha registrato un fatturato di 8,8 miliardi di euro, in crescita del 22% rispetto al primo trimestre del 2023, con un utile di 3,4 miliardi di euro (+28%). Il Wegovy ha raddoppiato le vendite, raggiungendo da solo 1,3 miliardi di dollari. L'acquisizione per 11 miliardi di dollari di Catalent, che dovrebbe essere perfezionata verso la fine del 2024 ma che rischia di tardare, consentirebbe alla società danese di accelerare sulla produzione dei

suoi due medicinali di punta, Wegovy e Ozempic. La richiesta di questi farmaci è tale che in Danimarca le autorità hanno annunciato che taglieranno i sussidi per l'acquisto di molti farmaci anti-obesità, rivelatisi un fardello non più sostenibile per la spesa sanitaria pubblica visto il loro boom e i loro costi. Nel 2023 il governo danese ha speso circa l'8% di tutti i suoi costi per medicinali (circa 200 milioni di dollari) per l'Ozempic. I sussidi continueranno solo per i pazienti che non possono essere curati con anti-diabetici più economici. Di recente, il costo dell'Ozempic era stato abbassato da 188 a 125 dollari.

Per quanto riguarda Eli Lilly, la società Usa ha detto di aspettarsi significativi aumenti di produzione sia per Zepbound che per Mounjaro, i due farmaci che ne hanno spinto la valutazione di mercato oltre quota 700 miliardi di dollari, superando Tesla e Walmart. La domanda, con 1 miliardo di persone sovrappeso a livello globale e un mercato che potrebbe raggiungere i 100 miliardi di dollari entro la fine del decennio, è comunque oltre ogni attuale capacità produttiva. Le vendite del Mounjaro sono salite a 1,81



miliardi di dollari, rispetto ai 568 milioni dell'anno precedente, ma comunque inferiori alle stime di 2,08 miliardi a causa dei problemi di produzione. I farmaci di classe GLP-1 riescono a migliorare il controllo glicemico, a inibire la fame e rallentare lo svuotamento dello stomaco: di qui i risultati sul fronte del dimagrimento del 15-20%, anche se apparentemente i risultati svaniscono

quando si interrompe la terapia. I farmaci anti-obesità hanno costi molto alti, anche se il loro prezzo sta leggermente calando. In Gran Bretagna, ad esempio, la fornitura iniziale di un mese di Mounjaro è scesa fino all'equivalente di 174 euro dai 209 euro dei mesi scorsi. Negli Usa, peraltro, un comitato del Senato ha chie-

sto a Novo Nordisk di fornire spiegazioni sul costo dei suoi farmaci, che sono venduti a prezzi minori in altri Paesi.

IL MERCATO

Dopo l'americana Eli Lilly, anche la danese Novo Nordisk ha annunciato aumenti di vendite e profitti, anche se incidono i limiti alle capacità produttive Copenaghen: «Spesa pubblica insostenibile»



Le penne del farmaco Wegovy in produzione a Hillerød, in Danimarca / Reuters



LONGEVITÀ

SI CHIAMA KLOTHO E PROMETTE DI FARCI VIVERE SANI E A LUNGO

LA PROTEINA STRAORDINARIA

DI PAOLA POLLO

L'hanno chiamata Klotho come una delle tre parche figlie di Zeus, la più giovane, quella che filava l'ordito della vita. Come spesso accade in medicina il nome diventa il senso, la "filatrice" è una proteina e dove "abbonda" si allunga, appunto, la vita: cercarla e monitorarla significa capire quale sia la reale età biologica di una persona, a prescindere da quella anagrafica. Non solo. Intervenire per "migliorarla", con uno stile di vita sano, è possibile. **Ne sa qualcosa Bryan Johnson, un americano di 44 anni che, tenendo alto il suo indice Alpha Klotho, in cinque mesi ha abbassato la sua età fisica a 21 anni.** Una storia che sa ancora un po' di fantascienza rispetto a quella secolare della medicina. Però anche di presente possibile che sta catturando sempre più l'interesse della comunità scientifica in un'epoca in cui l'umanità cerca costantemente modi per rallentare il processo di invecchiamento e proteggere la salute e dunque combattere mortalità, migliorare la qualità della vita e, non ultimo, contenere gli altissimi costi sanitari per malattie diventate croniche.

A scoprirla è stato nel 1997 il dottor Makoto Kuro-o, uno dei pionieri della scienza dell'invecchiamento e della longevità. Ed eccoci al punto. Perché monitorare il klotho mira appunto a ridurre gli effetti di cui sopra, fisiologici e/o patologici.

La scoperta e le ricerche fatte e in corso sono affascinanti quanto il nome mitologico. Dai ratti, naturalmente, le prime certezze: una variante consanguinea di topi, priva della proteina klotho, ha mostrato un invecchiamento accelerato e una vita più breve, segnata da malattie cardiovascolari e degenerazione degli organi. Sempre nei topi, livelli elevati di klotho hanno al contrario prolungato significativamente la vita, aprendo la strada a nuove prospettive per la ricerca sulla longevità. Ma cosa significa questa scoperta per gli esseri umani? **I livelli di klotho nell'uomo diminuiscono con l'età, una tendenza correlata ai sintomi dell'invecchiamento cellulare.** Questo solleva l'ipotesi del potenziale utilizzo di klotho nel trattamento delle malattie legate all'età e nell'ottimizzazione della

salute in generale.

«Gli studi sono andati avanti veloci» racconta Ascanio Polimeni, neuroendocrinologo, direttore di LongeVYa Project e di Regen4Life Reserch Group, una carriera dedicata agli studi sulla longevità, «dai topi, allo scimpanzé sino ai mammiferi più elevati come l'uomo: è inequivocabilmente stato rilevato che quando abbiamo livelli di questa proteina ridotti rispetto al livello medio relativo alla propria età anagrafica l'aspettativa di vita è ridotta. E vediamo più facilmente l'insorgere di demenza, malattie cardiovascolari, tumori, invecchiamento accelerato su tutti i punti di vista, dalla pelle, ai capelli, all'osteoporosi, alla perdita di massa muscolare sino alla disabilità e quindi una mortalità anticipata».

Per l'endocrinologo, il klotho è un marker attendibile e oggi si sa anche con certezza essere molto legato allo stile di vita: **«Chi è stressato, obeso, chi mangia e dorme male, chi non pratica attività fisica ha più facilmente livelli depressi di questa proteina, al contrario di chi ha uno stile di vita migliore».** Gli studi hanno ipotizzato che una delle sue funzioni principali potrebbe essere quella di agire come proteina antinfiammatoria, un ruolo importantissimo nel controllo delle risposte infiammatorie nocive associate all'invecchiamento e alle malattie neurodegenerative, come l'aterosclerosi e l'artrite reumatoide.

La comprensione delle proprietà antinfiammatorie del klotho è cruciale per sviluppare trattamenti innovativi per le malattie neurologiche legate all'infiammazione e per approfondire la comprensione dell'invecchiamento e dei suoi meccanismi. Questo suscita un'emozionante prospettiva di nuovi approcci terapeutici per sfidare le patologie legate all'età e promuovere la longevità e la salute del cervello, aprendo una nuova frontiera nella ricerca



scientifico e medico. Non è un caso se per affrontare il crescente problema delle malattie croniche è emersa una nuova disciplina, specie negli States: **la medicina dello stile di vita che si occupa di nutrizione, attività fisica, gestione dello stress, sonno ristoratore, connessione sociale e sostanze "rischiose"**. Tutti "pilastri" che aumenterebbero la durata della salute e ridurrebbero la durata della morbilità. Il klotho racconterebbe molto dello stato di ognuno, averlo in quantità elevata significa che siamo sulla giusta strada: «Oggi noi lo possiamo dosare sia nel sangue che nelle urine e sembra essere correlato al livello delle cellule senescenti, che sono quelle che non si dividono più ma entrano nello stato di non proliferazione e accelerano la senescenza delle cellule vicine, diventando una specie di virus che si propaga», continua Polimeni. Ma la proteina del klotho è ancora in fase sperimentale e non è possibile ancora somministrarla, ma stimolarne, questo sì, il rilascio naturale. Ed eccola entrare nel grande cappello delle nuove frontiere in fatto di medicina dello stile di vita. «Parliamo di interventi legati a un cambiamento dello stile di vita e interventi farmacologici o integrativi. Quindi: **dal digiuno intermittente alla diminuzione degli apporti calorici, dall'attività fisica al controllo dello stress e del sonno, la correzione dello stile di vita incide sulla produzione del klotho** come incide ad esempio un intervento che vada a controllare i parametri dell'invecchiamento, come lo stress ossidativo, l'infiammazione e i picchi glicemici. Tutti questi interventi, farmacologici e non, vanno a favorire il rilascio della proteina in questione. Sono effetti induttivi in attesa di una terapia sostitutiva di somministrazione della proteina stessa o addirittura di una terapia genica».

Oggi tutta questa fase è sperimentale. Ma gli studiosi della scienza dell'invecchiamento con gli elementi a disposizione hanno cominciato a suggerire

le prime indicazioni: «I *wellagers*, cioè coloro che invecchiano bene — dunque centenari delle zone blu, che in Italia sono in Sardegna ma recentemente hanno individuato anche un gruppo nelle Marche — sono persone che arrivano sino a tarda età senza patologie. Per contro esistono modelli di invecchiamento accelerati che si trovano in pazienti con alcune patologie precise: diabetici, obesi, sindrome metaboliche e anche alcune infettive croniche come i malati di HIV. In entrambi gli opposti sono stati identificati i cosiddetti *Hallmarks*, i pilastri dell'invecchiamento, che sono regolati in modo positivo nel primo gruppo e particolarmente sregolati nel secondo e per questo sono diventati oggetto di studio». «Sappiamo che lo zucchero» prosegue Polimeni «è un elemento tossico e va ad attivare in maniera negativa le *pathways* (le vie metaboliche *ndr*): avremo uno scarso funzionamento dei mitocondri, una maggiore infiammazione, un maggiore stress ossidativo, un accorciamento dei telomeri, un accumulo delle cellule senescenti, tutti fattori che favoriscono l'invecchiamento accelerato, al contrario dei soggetti sempre in movimento, che mangiano meno, che caratterizzano le aree dove le persone presentano un invecchiamento positivo. Quindi al di là poi delle regole dello stile di vita che riguardano il *lifestyle* — medicine, attività fisica, riduzione delle calorie, digiuno intermittente — ci sono interventi protettivi a livello nutrizionale e, lo sappiamo, anche a livello farmacologico e **sono le cosiddette molecole geroprotettive: dalla vitamina D per esempio, al testosterone, agli estratti vegetali come la famiglia dei bioflavonoidi e dell'Angelica, e anche alcuni tipi di farmaci che controllano sempre i picchi glicemici**. Interventi geroprotettivi che si trovano in molecole come la metformina, gli inibitori a livello urinario del glucosio e del sodio, i cosiddetti *SGLT2 inhibitors*, tutti forti stimolatori del klotho».

LA SUA PRESENZA DIMINUISCE CON L'ETÀ, UNA TENDENZA CORRELATA AI SINTOMI DELL'INVECCHIAMENTO CELLULARE

ASCANIO POLIMENI: «CHI NON È STRESSATO, MANGIA E DORME BENE, FA ATTIVITÀ FISICA, HA LIVELLI PIÙ ALTI DI KLOTHO NEL SANGUE E NELLE URINE»

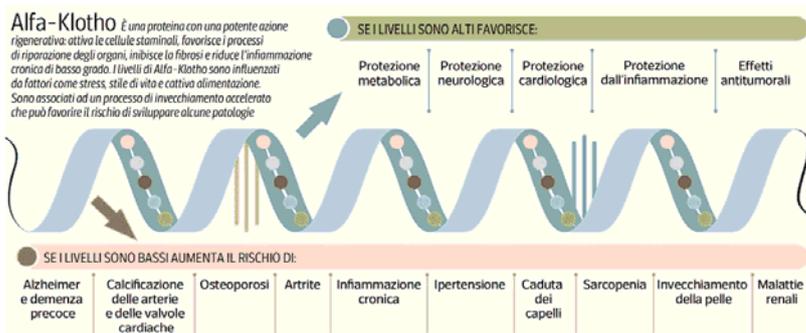
2018

L'ANNO IN CUI È STATO SCOPERTO IL POTENZIALE ANTI INVECCHIAMENTO DELLA PROTEINA KLOTHO

25%

IL PESO DEI GENI UNO STUDIO CLINICO CONDOTTO NEGLI ANNI NOVANTA NEI PAESI SCANDINAVI TRA GEMELLI OMOZIGOTI ULTRAOTTANTENNI HA DIMOSTRATO CHE IL PATRIMONIO GENETICO DI OGNI INDIVIDUO CONTRIBUISCE CIRCA PER IL 25% NEL DETERMINARE LA LONGEVITÀ: IL RESTANTE 75% DIPENDE DALLO STILE DI VITA CHE SI CONDUCE

Le puntate precedenti: il 5 aprile portfolio fotografico sui nuovi 70enni; il 19 aprile epowellness e scelte di vita: quanto pesano sull'invecchiamento?; il 26 aprile intervista a Valter Longo sul potere del digiuno (di 12 ore). Tutte le puntate sono consultabili su corriere.it/sette



Aumentano i casi di pubertà precoce perché i giovani sono sempre seduti

DI GIORGIA CERESA

Aumentano i casi di «pubertà precoce» in Italia. Le cause sono da ricercare nello stress, nella sedentarietà e nel troppo tempo trascorso davanti agli schermi di tv, pc, tablet, smartphone. L'incremento riguarda soprattutto le bambine: la data della prima mestruazione, precisa *la Repubblica*, è scesa in pochi decenni dai 12 anni e mezzo (anni '50) agli 11 e mezzo di oggi. A confermarlo sono gli endocrinologi che si occupano di sviluppo negli ospedali italiani, dal Bambin Gesù di Roma al Meyer di Firenze. Durante il periodo pandemico, infatti, i casi sono lievitati. I medici parlano di «pubertà precoce», quando lo sviluppo sessuale inizia prima degli 8 anni per le bambine, tra le quali è più diffusa, e prima dei 9 anni per i bambini. E il Covid-19 e il conseguente aumento del tempo trascorso in casa – sottolineano gli esperti – ha giocato un ruolo chiave per quanto concerne l'aumento dei casi.

Componente ereditaria e ambiente. Sono tanti i fattori che possono influire: dall'aumento della massa corporea allo stop improvviso dell'attività sportiva, fino all'incremento di condizioni di stress. Per **Stefano Stagi**, che dirige la auxo-endocrinologia del Meyer, «c'è di sicuro una componente ereditaria della pubertà precoce – dice al giornale romano -, però può avere un peso significativo anche l'ambiente». Il reparto pediatrico dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma ha condotto una serie di interviste alle famiglie delle bambine che hanno avuto accesso ai servizi ed è emerso come, tra loro, vi sia stato «un aumento significativo dell'uso dei dispositivi elettronici. È riconducibile all'introduzio-

ne della Dad, insieme alla persistenza del loro uso per lo svago nel tempo libero», spiega **Carlo Bizzarri**, responsabile dell'ambulatorio di endocrinologia del nosocomio romano.

L'uso dei medicinali. Mancano dati epidemiologici precisi. Gli esperti parlano di alcune migliaia di casi, forse 12-15 mila ma ci si basa esclusivamente sul consumo dei farmaci. Ma, molto spesso, non è necessario l'uso dei medicinali per affrontare la pubertà precoce. Dipende da molti fattori: «Vanno visti una serie di esami, anche ormonali, bisogna capire quanto è anticipata la maturazione ossea», spiega Bizzarri. Solo in determinati casi, e dopo una serie di esami, i medici decidono di utilizzare i farmaci, in particolare la triptorelina che interrompe lo sviluppo puberale.

Incongruenza di genere. Ovvero agli adolescenti che accusano un'intensa sofferenza derivante in gran parte dal pregiudizio sociale e dallo stigma di coloro che non riconoscono l'esistenza di una varianza di genere come normale espressione dell'ampio spettro in cui l'identità di genere può svilupparsi. I giovani che assistono a una crescita corporea accelerata potrebbero andare incontro a problemi psicologici. Per questo, precisa **Francesca Cavallini** che coordina il gruppo di lavoro in psicologia scolastica dell'Ordine degli psicologi dell'Emilia Romagna, «è cruciale che i genitori siano ben informati e formati per gestire questa condizione».

Open



2 mag
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Oncologia/ Tumore polmone, da Alcase (nuova) lettera aperta a Giorgia Meloni per un programma nazionale di screening

Alcase Italia ha deciso di rivolgersi alla premier Meloni affinché questo suo ultimo appello diretto al governo non vada ignorato. In una lettera di metà dicembre 2022 - ricordano da Alcase - si invitava il ministro della Salute a promuovere un programma di screening serio, efficace e a basso costo (se ben organizzato) su tutto il territorio nazionale. Successivamente, nel gennaio 2023, l'associazione sostiene di essersi rivolta direttamente alla Presidente del Consiglio e all'intero Governo, senza però ottenere risultati concreti. Da qui la scelta della presidente di Alcase Anna Gatta di scrivere una seconda lettera che vede come principale destinataria la presidente del Consiglio (a seguire i vicepremier Tajani e Salvini e Francesco Saverio Mennini, Capo del Dipartimento Programmazione, dispositivi medici, farmaco e politiche in favore del Ssn), che riportiamo di seguito.



Ill.mi rappresentanti dei cittadini italiani attualmente al governo del paese,

Vi scrivo nella mia qualità di Presidente di ALCASE Italia, associazione non lucrativa che opera per l'Advocacy, il Support e l'Education dei malati di cancro del polmone e che da anni chiede l'attivazione di un programma di prevenzione

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA

secondaria per il tumore polmonare.

Mi rivolgo a Voi (e questa è davvero la mia “ultima spes”) per rinnovare la pressante richiesta di un programma nazionale di screening per il cancro del polmone, che sia basato sulla tomografia computerizzata del torace a basso dosaggio di radiazioni e che abbia le caratteristiche di essere gratuito, universale e facilmente accessibile ad ogni cittadino a rischio di ammalarsi.

Da oltre 10 anni, sollecito Voi (e i precedenti governi succedutisi nel paese) a realizzare il programma suddetto, che è stato ampiamente e ripetutamente validato scientificamente e che, se razionalmente organizzato, consentirebbe, ogni anno, la diagnosi di circa 5.000 nuovi, iniziali, tumori del polmone, suscettibili di eradicazione completa e definitiva. Ciò consentirebbe, fra l'altro, una drastica riduzione delle diagnosi tardive e delle conseguenti spese per terapie mediche che prevedono, oggi, l'utilizzo di farmaci ad altissimo costo.

Ora, in vista delle prossime elezioni europee, l'Italia vuole risposte concrete. Il tempo dell'indifferenza è finito.

In mancanza di un impegno politico formale ed immediato, ci rivolgeremo a tutte le formazioni politiche nazionali dell'opposizione.

Nell'attesa di una risposta rapida e concreta, porgo distinti saluti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2 mag
2024

EUROPA E MONDO

S
24

Effetto pandemia sui bambini: in aumento (anche in Italia) sovrappeso e solitudine

di Red.San.

Un nuovo rapporto dell'Oms Europa conferma ciò che si sospettava da tempo: un legame tra la pandemia di Covid-19 e l'aumento dei tassi di obesità tra i bambini dai 7 ai 9 anni.

La pubblicazione, intitolata "Rapporto sull'impatto della pandemia di Covid-19 sulla routine quotidiana e sui comportamenti dei bambini in età scolare: risultati di 17 Stati membri nella regione europea dell'Oms", mostra che la pandemia ha portato a più tempo trascorso davanti allo schermo e una minore attività fisica, rispecchiando un aumento dei bambini in sovrappeso nella stessa fascia di età. Lo studio, condotto insieme al Centro di collaborazione dell'Oms per la nutrizione e l'obesità infantile presso l'Istituto sanitario nazionale Dr Ricardo Jorge a Lisbona, Portogallo, si è svolto come detto in 17 dei 53 Stati membri della regione dal 2021 al 2023. Più di 50.000 bambini - per l'Italia iscritti a 270 scuole e di età tra i 7 e i 9 anni - hanno preso parte all'indagine. Che ha rilevato come durante la pandemia:

- il 36% dei bambini ha aumentato il tempo trascorso guardando la televisione, giocando online o utilizzando i social media durante i giorni feriali, e il 34% ha aumentato il tempo trascorso davanti allo schermo a scopo ricreativo nei fine settimana;
- il 28% dei bambini ha riscontrato una diminuzione del tempo trascorso in



attività all'aperto durante i giorni feriali e il 23% ha riscontrato una diminuzione nei fine settimana;

● le famiglie hanno segnalato un aumento nel consumo di pasti cucinati in casa (30%), nel mangiare insieme in famiglia (29%), nell'acquistare cibo sfuso (28%) e nel cucinare i pasti insieme ai bambini (26%);

● il 42% dei bambini ha segnalato un calo della felicità e del benessere.

Tanto che un bambino su 5 ha riferito di sentirsi triste più frequentemente e uno su 4 ha riferito di sentirsi solo più spesso.

Le lezioni che arrivano ai paesi dallo studio

«Il quadro delineato da questo rapporto è sfumato - ha dichiarato Kremlin Wickramasinghe, consigliere regionale dell'Oms Europa per la nutrizione, l'attività fisica e l'obesità -: in alcuni paesi ci sono stati cambiamenti positivi, come un numero maggiore di famiglie che mangiano insieme, ma ce ne sono stati anche alcuni preoccupanti tra cui un aumento delle abitudini alimentari non salutari e del tempo passato in sedentarietà. Non possiamo permetterci di ignorare queste tendenze: nella nostra regione, 1 bambino su 3 vive in sovrappeso e obesità, e già il consumo di frutta e verdura è basso. Spero che questo rapporto suoni un allarme, spingendoci a intraprendere azioni urgenti per migliorare i modelli di nutrizione e attività fisica nella Regione, in particolare creando ambienti che supportino comportamenti sani».

Per Ana Rito, direttrice del Centro collaboratore dell'Oms per la nutrizione e l'obesità infantile e coautrice del rapporto, «questo studio e i suoi risultati ci forniscono una visione unica nel suo genere degli esiti fisici e mentali dell'obesità. la pandemia per i bambini in età scolare, con particolare attenzione alla malattia a lungo termine e ad alto rischio di obesità. Fornire alla Regione e agli Stati membri prove concrete degli esiti problematici dei cambiamenti comportamentali globali basati sulla pandemia ci consentirà di affrontare le future crisi sanitarie con maggiore strategia e comprensione».

La pandemia ha evidenziato l'urgenza di affrontare l'obesità infantile, rilevano dall'Oms Europa. I paesi della regione devono "ricostruire meglio il post Covid", secondo l'organizzazione, dando priorità all'alimentazione sana e all'attività fisica per i bambini in tutte le fasi dello sviluppo. Ciò richiede una legislazione completa, multisetoriale e obbligatoria che protegga i bambini in ogni momento e qualunque cosa accada. L'Oms raccomanda pratiche quali restrizioni alla commercializzazione e tasse sui prodotti non salutari, etichette nutrizionali chiare sugli alimenti e programmi scolastici per migliorare la dieta e promuovere l'attività fisica. Con l'auspicio che questi nuovi dati possano essere utilizzati "per informare e migliorare le politiche attuali in tutta la Regione e definire piani tanto necessari per future emergenze e pandemie che potrebbero portare all'interruzione dei processi educativi o alla chiusura delle scuole".

2 mag
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Artrite reumatoide, su Nature Medicine lo studio che guarda alla chance anticorpi monoclonali bispecifici

Potrebbe essere l'alba di una nuova era nella terapia dell'artrite reumatoide, quella annunciata dai risultati di una ricerca italo-tedesca pubblicata su Nature Medicine e siglata dal gruppo della professoressa Maria Antonietta D'Agostino direttore della Uoc di Reumatologia della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Ircs e ordinario di Reumatologia all'Università Cattolica e del professor Georg Schett dell'Università Friedrich-Alexander di Erlangen-Norimberga (Fau). Lo studio appena pubblicato ha esplorato un nuovo possibile approccio terapeutico a questa malattia autoimmune, che consiste nell'organizzare una sorta di appuntamento al buio tra le cellule B e le cellule T, le due protagoniste della risposta immunitaria; incontro che si conclude con l'eliminazione delle cellule B malate (cioè quelle che producono gli anticorpi responsabili dell'infiammazione e della distruzione delle articolazioni), da parte delle cellule T suppressor. A organizzare questa sorta di imboscata immunitaria è il blinatumomab (o Blina), un immunoterapico già utilizzato per il trattamento di alcuni tumori del sangue. Nel caso dell'artrite reumatoide il suo impiego è sperimentale, ma in questa ricerca ha ottenuto un effetto straordinario e inedito sul piano del risultato terapeutico.

Lo studio su Nature Medicine. «Nei sei pazienti con artrite reumatoide



multi-resistente al trattamento (tra i quali anche una paziente italiana), ai quali è stato somministrato in via compassionevole e sperimentale Blina – spiega la professoressa D’Agostino - il farmaco ha prodotto un rapido declino dell’attività di malattia, riducendo il livello di anticorpi circolanti e migliorando l’infiammazione dei tessuti sinoviali, come abbiamo documentato all’ecografia, alla Fapi-Pet-Tac e con l’analisi trascrittomiche dell’infiammazione della membrana sinoviale. La terapia è stata molto ben tollerata (i pazienti hanno presentato solo un temporaneo rialzo della temperatura alla prima infusione, ma nessun segno di sindrome da rilascio delle citochine)». Sofisticati analisi di laboratorio (come la citometria a flusso ad alta dimensione) hanno confermato che il miglioramento clinico è dovuto a un ‘reset’ immunitario, consistente nell’eliminazione delle cellule B ‘cattive’ (cioè con la memoria ‘attivata’ a produrre continuamente auto-anticorpi), che vengono rimpiazzate da cellule B ‘buone’. «Questi risultati, molto promettenti per l’entità della risposta e la tollerabilità del farmaco – commenta D’Agostino - suggeriscono la potenziale utilità di questo approccio terapeutico nelle forme più gravi di artrite reumatoide, resistenti alla terapia e potrebbe rappresentare l’inizio di una nuova era di trattamento per altre malattie autoimmuni mediate dalle cellule B, dal lupus, alla sclerodermia. La via del T-cell engager per distruggere i linfociti B, produttori di auto-anticorpi, che mantengono lo stato di attività di malattia e responsabili della mancata risposta ai farmaci attualmente utilizzati, potrebbe dunque portare a una nuova maniera di aggredire le patologie autoimmuni, sfruttando l’azione del nostro stesso sistema immunitario. È lo stesso concetto utilizzato dalla terapia con Car-T, nella quale i linfociti T vengono ‘attivati’ per distruggere i linfociti B auto-reattivi».

Il Blina è un anticorpo monoclonale bispecifico, cioè ‘a due braccia’ (il nome tecnico è BiTE, Bispecific T cell engager), una forma di immunoterapia che provoca la distruzione delle cellule B ad opera delle cellule T suppressor, facilitandone l’incontro. È insomma un farmaco ‘facilitatore’, che avvicina tra loro queste due categorie di cellule, rendendo più efficace l’eliminazione da parte linfociti T nei confronti delle cellule B ‘deviate’, cioè con la memoria bloccata nella produzione incontrollata di anticorpi rivolti contro le articolazioni, nel caso dell’artrite reumatoide. Già in passato, nell’artrite reumatoide erano stati fatti vari tentativi di inibire le cellule B, ma con risultati insoddisfacenti. Sfruttando invece l’azione delle cellule T, l’inibizione delle B ‘ribelli’ risulta molto più efficace perché Blina riesce a ‘stanare’ anche quelle ben ‘nascoste’ nei tessuti, andando a ‘tirarle per un braccio’ per portarle al cospetto delle cellule T suppressor. Ecco perché, anche nelle forme di artrite reumatoide resistenti alle terapie (che sono la metà delle forme gravi), si assiste ad un crollo dell’infiammazione e a un importante miglioramento del controllo di malattia.

Fascicolo contro ignoti,
è la prima inchiesta

Fentanyl nell'eroina, indagine a Perugia sulla droga degli zombie

Fiorucci a pagina 13

Emergenza Fentanyl La droga degli zombie nell'eroina A Perugia scatta la prima inchiesta

Aperto fascicolo per spaccio a carico di ignoti. Il potente analgesico (diffuso negli Usa) usato come sostanza da taglio

di **Luca Fiorucci**

PERUGIA

Il Fentanyl utilizzato come sostanza da taglio è stato un episodio sporadico o è già diventato una prassi? È un fenomeno individuato nella sua fase iniziale oppure il mix tra eroina e il potente farmaco oppioide è già una presenza concreta nel mercato dello spaccio?

La Procura della Repubblica di Perugia, dopo l'individuazione della sostanza in una dose di eroina su cui la locale Unità di Strada ha effettuato un controllo a campione, ha aperto un fascicolo contro ignoti con l'ipotesi di spaccio di stupefacenti. L'intento è proprio quello di chiarire, attraverso accertamenti specifici e mirati, la consistenza del fenomeno e bloccarlo. «Sono preoccupato per quanto sta emergendo e voglio cercare di capire se si tratta di un fatto sporadico o se ci sono episodi analoghi», aveva detto il procuratore Raffaele Cantone nei giorni scorsi, quando, di fronte alla allarmante scoperta, era subito scattato l'allarme a livello nazio-

nale. Dalle analisi di laboratorio sulla prima dose scoperta a Perugia è emersa una presenza pari al 5% di Fentanyl nella composizione, un 50% di eroina, codeina al 30%, diazepam al 15%.

Un allarme partito proprio dall'Umbria e da Perugia, visto che la presenza dell'oppioide, la cosiddetta *droga degli zombie* - come confermato dalla Presidenza del Consiglio - è stata riscontrata per la prima volta in Italia, attraverso questi controlli a campione effettuati dall'Unità di Strada con il supporto dell'Università di Perugia, e in particolare dalla professoressa Cristiana Gambelunghe, responsabile del Laboratorio di tossicologia della sezione di Medicina legale, scienze forensi e medicina specialistica dello sport, guidata dal professor Massimo Lancia.

Le analisi, svolte dalla sezione di Medicina legale dell'ateneo perugino, sono state successivamente convalidate anche dal laboratorio del dipartimento del-

le Dipendenze dell'Istituto superiore di sanità, diretto da Simona Pichini. Un passaggio ulteriore di conferma che ha messo in moto un meccanismo di prevenzione e controllo su scala nazionale.

Il Sistema di allerta rapida per le droghe (News-D), coordinato dal Dipartimento per le politiche antidroga (Dpa), ha, infatti, diffuso già nei giorni scorsi un'allerta per la presenza del Fentanyl da parte dell'Istituto superiore di sanità e dalla contemporanea attivazione del Piano nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici. Il ministero della Salute, con una circolare urgente a firma del direttore generale Francesco Vaia, ha indicato l'innalzamento dell'allerta a livello 3. Livello che si riferisce a sostanze - quali ad esem-



pio proprio il Fentanyl – che possono provocare intossicazioni severe o morti e che possono anche manifestarsi come «eventi» di massa.

La elevatissima letalità di questo mix è sottolineata anche dall'infettivologo Matteo Bassetti, direttore Malattie infettive dell'ospedale policlinico San Martino di Genova: «Il Fentanyl uccide più dell'eroina e della morfina. Ha diversi vantaggi, per gli spacciatori: oltre a essere potente come eroina e morfi-

na, costa poco. Non è legato, infatti, ad alcuna coltivazione, perché è una droga sintetica, realizzata in laboratorio. Inoltre – conclude Bassetti – essendo molto potente, ne bastano quantitativi minimi per disporre di molte dosi». Dal 12 marzo è in atto un piano nazionale di allerta sul Fentanyl della Presidenza del Consiglio dei Ministri che ha attivato tutti i soggetti che, a diverso titolo, possono intercettare il fenomeno. Perugia e l'Umbria, in-

tanto, continuano a confermarci come crocevia del traffico delle droghe, anche quelle «nuove».

MINIMA QUANTITÀ
Il campione analizzato era composto al 50% da eroina, 30% codeina, 15% Diazepam, 5% Fentanyl

L'ATTENZIONE DELLE AUTORITÀ

Si è messo in moto il Piano nazionale di prevenzione
La procura: «Vogliamo capire se si tratta di un fatto sporadico»



L'opinione del medico

«PIÙ LETALE DELLA MORFINA»



Matteo Bassetti
Policlinico San Martino di Genova

«Il Fentanyl uccide più dell'eroina e della morfina». Così l'infettivologo Matteo Bassetti, direttore Malattie infettive del policlinico San Martino di Genova. «È un farmaco che va utilizzato sotto guida medica per controllare il dolore grave, ma è diventato negli ultimi anni un surrogato dell'eroina. Oltre a essere potente, costa poco. Non è legato ad alcuna coltivazione, perché è una droga sintetica, realizzata in laboratorio».



Il Fentanyl ha effetti talmente gravi da essere chiamato "droga degli zombie"



L'INCHIESTA

Rocca sceglie la Croce Rossa e la Corte dei Conti indaga

La procura di viale Mazzini apre un fascicolo sull'affidamento da 8 milioni della Regione alla Cri, di cui il governatore è stato presidente, per il servizio di accoglienza negli ospedali

Angelucci si allarga ancora: dalla destra via libera a più posti letto

Era fine dicembre dell'anno scorso quando Francesco Rocca decise di dare otto milioni di euro alla Croce Rossa Italiana per accogliere i pazienti negli ospedali. Una somma notevole per un servizio affidato dalla Regione Lazio senza effettuare alcuna gara. Su quell'operazione ora sta indagando la Corte dei Conti, che ha già chiesto documenti all'ufficio di gabinetto del governatore. Mentre gli ospedali stavano esplodendo

a causa dei tanti casi di influenza e Covid, durante le festività natalizie il governatore decise di occuparsi dell'accoglienza nei pronto soccorso. La giunta di Rocca deliberò così, senza gara, di stanziare 8 milioni di euro a favore della Cri per avere i volontari nelle strutture sanitarie a fornire informazioni agli utenti.

di Clemente Pistilli

● alle pagine 2 e 3

La Croce Rossa di Rocca per accogliere i pazienti Indaga la Corte dei Conti

Faro dei magistrati sull'affidamento diretto da 8 milioni all'ente di cui il governatore era presidente. La giunta a trazione meloniana ha ingaggiato i volontari della Cri per fare da infopoint negli ospedali

di Clemente Pistilli

Era fine dicembre dell'anno scorso quando Francesco Rocca decise di dare otto milioni di euro alla Croce Rossa Italiana per accogliere i pazienti negli ospedali. Una somma notevole per un servizio affidato dalla Regione Lazio senza effettuare alcuna gara. Su quell'operazione ora sta indagando la Corte dei Conti, che ha già chiesto documenti al-

l'ufficio di gabinetto del governatore.

Mentre gli ospedali romani stavano esplodendo a causa dei tanti casi di influenza e Covid, durante le passate festività natalizie il presidente



della Regione Lazio decise di occuparsi dell'accoglienza riservata ai pazienti nei pronto soccorso. La giunta di centrodestra del meloniano Francesco Rocca deliberò così, senza gara, di stanziare otto milioni di euro di fondi europei a favore della Cri per avere i volontari all'interno delle strutture sanitarie a fornire informazioni agli utenti. Un provvedimento preso a un anno di distanza dalle dimissioni del governatore da presidente della Croce Rossa Italiana e a due settimane di distanza dall'arrivederci alla Croce Rossa Internazionale di cui era rimasto al vertice anche dopo essere stato scelto dalla premier per guidare il Lazio e dopo essersi insediato in via Cristoforo Colombo.

Gli otto milioni di euro sono stati assegnati all'associazione di volontariato ricorrendo a un protocollo d'intesa. Per la giunta di centrodestra un sistema per «migliorare i processi di relazione tra il cittadino e i servizi resi dalle strutture ospedaliere delle aziende del servizio sanitario regionale». Un progetto chiamato «Pronto Soccorso» e presentato come l'introduzione di «una funzione rafforzata delle attività di accoglienza e di accompagnamento».

Venne stabilito che nei policlinici i volontari si sarebbero occupati di «migliorare l'umanizzazione della

presa in carico del paziente, in quanto persona, nel pieno rispetto della sua dignità», di «favorire la conoscenza delle modalità di accesso al paziente e ai suoi familiari» e di «accogliere i pazienti all'interno della struttura e agevolare il loro accesso agli ambulatori, fornendo indicazioni sui reparti». Nei pronto soccorso ospedalieri invece si sarebbero occupati anche di fornire «appropriato supporto alle persone più fragili», «informazioni relative ai codici assegnati», di «facilitare l'accesso dei codici rosa e dei minori nei casi di violenza e maltrattamento» e di «prestare privilegiata accoglienza nei tempi di attesa ai bambini e agli adolescenti».

Quello che sinora hanno fatto e fanno medici e infermieri pagato otto milioni alla Croce Rossa, che i detrattori del governatore chiamano Croce Rocca. La giunta decise infine che ogni volontario avrebbe avuto una «indennità oraria».

«Stiamo facendo un passo avanti verso una sanità più efficiente, calorosa e orientata al benessere di tutti i cittadini. Non intendiamo lasciare nessuno indietro», disse Rocca. Ma la Corte dei Conti ha seri dubbi e teme che quegli otto milioni in realtà siano un danno per le casse della Regione. Gli inquirenti contabili hanno così aperto un'inchiesta e, con

un decreto hanno chiesto all'ufficio di gabinetto del presidente, retto da Giuseppe Pisano, già presidente del collegio dei revisori dei conti della Cri, copia di tutti gli atti relativi al procedimento di erogazione del contributo alla Croce Rossa, dalla decisione di assegnazione ai mandati di pagamento, evidenziando quelli utili a far comprendere «le ragioni che, sotto il profilo dell'utilizzo oculato di risorse pubbliche, hanno determinato la scelta di assegnare gli otto milioni di euro a quel determinato Ente». Chiesta inoltre una relazione dettagliata, con «chiarimenti e riscontri oggettivi».

Una vicenda che sta creando malumore all'interno della stessa giunta. Gli assessori avrebbero scoperto solo di recente delle richieste fatte dalla Corte dei Conti e non avrebbero preso bene la mancata informazione.

***La notizia
è arrivata
agli assessori
senza preavviso
generando malumori
per la mancata
comunicazione***

Le date

2023

Dicembre

La decisione della giunta del meloniano Francesco Rocca di assegnare 8 milioni alla Croce Rossa, di cui è stato presidente, per fare accoglienza negli ospedali

2024

Febbraio

La Corte dei Conti ha aperto un fascicolo sui fondi destinati alla Cri ipotizzando il danno erariale, a cui ha fatto ora seguito la richiesta di documenti all'ufficio di gabinetto del governatore



Le nomine

Molti commissari e pochi direttori Ora tocca all'Asl Rm 4

Intanto a Tivoli
si procede verso
la riapertura totale
del San Giovanni

Sanità del Lazio sempre più in mano ai commissari. Mentre ancora i tempi per poter nominare i direttori generali appaiono incerti, Francesco Rocca continua a commissariare aziende sanitarie e ospedaliere. Con il risultato che su 18 enti ben 12 sono attualmente gestiti da commissari, manager che la giunta può rimuovere in qualsiasi momento senza alcun problema.

Ieri l'esecutivo regionale di centrodestra, su proposta del governatore meloniano, ha deciso di commissariare anche l'Asl Roma 4, dove il prossimo 9 maggio sarebbe giunta al termine del mandato la direttrice generale Cristina Matranga, stabilendo che successivamente, con decreto del presidente, verrà nominato il commissario. Stessa scelta fatta la scorsa settimana per gli Ifo. Così come in passato è stato fatto per le

Asl Roma 1, 2, 5 e 6, oltre che per quelle di Latina, Frosinone, Rieti e Viterbo e per le aziende ospedaliere San Giovanni e Ptv. Rocca però sembra avere problemi anche a trovare i commissari. Da mesi infatti si è in attesa dell'arrivo del commissario a Tor Vergata. Senza contare che per il San Giovanni il governatore ha scelto Maria Paola Corradi, che intanto continua a mantenere la direzione generale dell'Ares 118 e dunque si divide tra due poltrone.

Intanto però migliora la situazione dell'ospedale di Tivoli dopo il devastante incendio nel dicembre scorso, quando nella notte dell'Immacolata persero la vita tre pazienti. Il mese scorso hanno riaperto i reparti di nefrologia, medicina e psichiatrico di diagnosi e cura, oltre ai servizi di radiologia e di immunematologia e medicina trasfusionale. «Si tratta di servizi sanitari essenziali volti a ripristinare l'offerta sanitaria del San Giovanni Evangelista, che può già contare, da un mese, sul reparto di dialisi, sugli ambulatori, sul day hospital oncologico e sul punto di primo intervento», hanno

specificato dalla Regione in una nota. Il cronoprogramma presentato dal presidente Francesco Rocca prevede ora le riaperture graduali del reparto di chirurgia generale, del laboratorio analisi, del blocco operatorio delle ali A e B, del reparto di rianimazione, del punto nascita, del reparto di emodinamica e del pronto soccorso. «Riaprire in sicurezza l'ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli era e resta una nostra priorità. Stiamo mantenendo l'impegno con i cittadini», ha dichiarato il governatore. «Attraverso le importanti risorse stanziata dalla Regione l'ospedale è stato oggetto di significative migliorie per l'ampliamento dell'offerta sanitaria e della qualità dell'assistenza», gli ha fatto eco la commissaria dell'Asl Roma 5, Silvia Cavalli. —
cle.pis.

*La decisione
dell'esecutivo FdI
a ridosso
della scadenza
della dg Matranga
Tor Vergata
ancora senza reggente*



🔥 Dopo l'incendio

L'ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli verso la riapertura totale



La delibera

Angelucci si allarga dalla Regione via libera ad altri posti letto

Non c'è limite agli affari per Angelucci nel Lazio. Tra Roma e le province la rete del San Raffaele, il gruppo del deputato leghista continua ad allargarsi e a far cassa con i fondi pubblici che la Regione elargisce alle strutture sanitarie accreditate. La giunta di Francesco Rocca ha appena deciso di ampliare i posti accreditati alla casa di cura di Monte Compatri, nei Castelli Romani, e a quella di Borbona, in provincia di Rieti.

Il "San Raffaele Montecompatri" ha ottenuto l'autorizzazione per altri 15 posti letto di medicina generale e ha ottenuto l'accreditamento degli ambulatori di diagnostica per immagini, chirurgia vascolare, cardiologia,

neurologia, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, psichiatria, dermatologia e pneumologia. La struttura è così ora accreditata per 30 posti letto di medicina generale, per 95 posti letto di recupero e riabilitazione funzionale, per 11 ambulatori, per 108 posti in Rsa, per 14 posti in hospice, a cui vanno aggiunti 56 trattamenti giornalieri domiciliari, per 60 posti nella struttura residenziale psichiatrica e per attività di assistenza domici-

liare.

Il "San Raffaele Borbona" invece ha ottenuto l'autorizzazione per 20 posti di livello assistenziale estensivo e per «l'attività di assistenza domiciliare rivolta a persone parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficienti». E i posti per l'assistenza a persone non autosufficienti sono saliti così a 60.

Altro denaro pubblico garantito per il gruppo di Antonio Angelucci, che proprio nel Lazio iniziò giovanissimo il suo percorso imprenditoriale, dopo aver lavorato prima come commesso in una farmacia e poi come portantino al San Camillo. Un territorio dove il deputato leghista gestisce ben 17 strutture sanitarie e dove, appena insediatosi alla guida della Regione, il meloniano Francesco Rocca gli ha subito dato 10,2 milioni di euro per acquistare nelle sue cliniche posti letto al fine di decongestionare il pronto soccorso pubblici.

Somma a cui si sono aggiunti 826mila euro, sempre per l'acquisto di posti letto, dopo l'incendio dell'ospedale di Tivoli. Ma non è tutto. Rocca, che prima di essere eletto governa-

tore è stato presidente del Cda della Fondazione San Raffaele, costituita dalla famiglia Angelucci e impegnata nella gestione del centro riabilitativo di Ceglie Messapica, e presidente di Confapi sanità, nel cui consiglio c'era pure Giampaolo Angelucci, detto "Napoleone", figlio di Tonino, ha fatto ricorso al "San Raffaele" anche per decongestionare l'ospedale "Goretti" di Latina, dando così alla struttura di Sabaudia un milione e mezzo di euro. Finanziamenti a cui si aggiungono gli ampliamenti degli accreditamenti per le strutture del deputato leghista. Gli ultimi quelli a Monte Compatri a Borbona. — **Clemente Pistilli**

Dai Castelli a Rieti
altro semaforo verde
per le cliniche
del deputato leghista



LA MALATTIA DELLA PRINCIPESSA

“Chirurghi italiani a operare Kate” Silenzio del Gemelli

Le rivelazioni del settimanale *Gente*
La London Clinic tace
e il policlinico romano
non conferma

di Michele Bocci

Alcuni medici sarebbero partiti dall'Italia nel gennaio scorso per partecipare all'intervento chirurgico al quale è stata sottoposta in una clinica privata di Londra la principessa del Galles Kate Middleton, colpita da un tumore. L'indiscrezione arriva dal settimanale *Gente* in edicola oggi, dove si legge che l'équipe proverrebbe dal policlinico Gemelli di Roma. Dall'ospedale che, tra l'altro, si occupa della salute del Papa, la notizia riportata dal periodico non viene confermata. E anche dalla London Clinic, il centro dove è avvenuta l'operazione, non giunge alcuna reazione.

È stata Kate Middleton, il 22 marzo scorso, ad annunciare al mondo in un video messaggio molto toccante di essere stata colpita da un tumore, senza specificare di quale tipo, e di aver intrapreso le terapie per sconfiggerlo. In quel modo, Middleton ha cercato di interrompere settimane di speculazioni e complottismi, iniziati dopo che

era stato reso noto un suo ricovero di gennaio per una non meglio precisata operazione all'addome che l'ha costretta a restare nella struttura sanitaria per due settimane.

Tra coloro che sono entrati nella sala operatoria londinese ci potrebbe essere Giovanni Scambia, ginecologo e direttore scientifico del policlinico Gemelli, uno dei centri di eccellenza italiani per certi ambiti oncologici. Scambia è un nome di peso nel suo campo, anche a livello internazionale e ha una casistica molto ampia che lo ha portato a collaborare negli anni anche con colleghi di altri Paesi, compreso il Regno Unito. Nei giorni successivi al video con le rivelazioni di Kate, il medico, come tanti altri esperti e oncologi, è stato interpellato dai media per un parere. In quell'occasione aveva parlato, in generale, delle possibilità della medicina moderna: «Ipotizzando che si tratti di una neoplasia addominale va ricordato che le terapie per i tumori dell'area ginecologica sono molto migliorate ed efficaci. E una buona parte dei pazienti guarisce». Come detto, non ci sono comunque conferme di un'eventuale partecipa-

zione all'intervento di professionisti italiani, quindi nemmeno sul loro ruolo: di consulenti oppure attivo in sala operatoria, e tanto meno sul loro eventuale numero (sembra molto strano che una intera équipe di sala operatoria italiana sia stata invitata a Londra).

Sempre sul settimanale *Gente* vengono rivelate le condizioni del re Carlo III, anche lui colpito da un tumore nei mesi scorsi. Secondo «fonti vicine» alla famiglia reale il re provrebbe forti dolori. Uno stato di salute descritto come «difficile», che contrasterebbe quindi con le dichiarazioni di Buckingham Palace da dove la settimana scorsa era stato annunciato il ritorno agli impegni pubblici del sovrano.

In effetti martedì scorso Carlo, con la regina Camilla, aveva visitato un centro oncologico di Londra.



Il ginecologo
Giovanni Scambia



Il caso Campania, il concorso disertato In 62 per 363 posti nei Pronto soccorso

di **Gabriele Bojano**

Medici in fuga in Campania. Al concorso per 363 posti in Pronto soccorso, solo 62 domande. Il sindacato: «È molto pericoloso, tanti i colleghi aggrediti». a pagina 19

Pronto soccorso, in Campania i medici latitano Solo 62 domande per 363 posti

Concorso flop. «Stress e troppe aggressioni»

di **Gabriele Bojano**

Quando nel gennaio scorso il presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, annunciò che in tempi brevi sarebbe stato bandito un concorso unico regionale per assumere medici di pronto soccorso in tutti gli ospedali campani, ammise che sarebbe stato «l'ultimo tentativo» per risolvere il problema atavico della carenza di organico in un comparto, quello della medicina d'urgenza, dove oggi, dati alla mano, si preferisce uscire piuttosto che entrare.

Ci aveva visto giusto: il concorso, anzi il «concorzone», è stato bandito ma si è rivelato un colossale flop: su 363 posti, a tempo pieno e indeterminato, di dirigente medico,

disciplina medicina d'emergenza-urgenza, solo 62 i candidati risultati idonei, di cui 43 gli specializzandi e appena 19 gli specialisti, una cifra assai lontana dalla copertura prevista. Sconfortante. E, visto che per partecipare non c'erano limiti d'età, nell'elenco compare un dottore di 63 anni mentre il più giovane degli specializzandi non ne ha ancora compiuti 28.

Ma perché i medici campani, anche quelli disoccupati, disertano il pronto soccorso? Bruno Zuccarelli, segretario regionale Anaao Assomed, parla di «mancanza di attrattività del servizio sanitario nazionale determinata dai carichi di lavoro stressanti e dalle retribuzioni basse, sui 2.500 euro al mese, a fronte di turni davvero massacranti». Manuel Ruggiero, medico, presidente dell'associazione «Nessuno tocchi Ippocrate», parte dalla sua esperienza personale per una riflessione più am-

pia: «È stato sbagliato raggruppare tutte le sedi vacanti in un unico concorso, i colleghi nell'incertezza di poter scegliere loro dove andare hanno preferito non partecipare. Essere assunti in una zona in cui devi fare 80 chilometri per andare e 80 per tornare può essere un deterrente». E porta il caso in controtendenza dell'Asl Napoli 2 che ha bandito il concorso per 20 medici d'urgenza e ne ha visti partecipare ben 50. «Sono stato assunto anch'io, come dirigente del 118», aggiunge Ruggiero, che è anche rappresen-



tante sindacale Cgil per il pronto soccorso Na2. Un'eccezione che però conferma la regola: «Inutile nascondersi dietro a un dito, qui c'è un problema reale di sicurezza — riprende — ci sono realtà come la Napoli 1, che ha messo a concorso 60 posti, e la Napoli 3 (45 posti), che sono altamente a rischio. E le aggressioni al personale medico e paramedico con pugni, calci e schiaffi che come associazione denunciavamo ogni giorno sono solo la punta dell'iceberg. I nostri dati sono lontanissimi da quelli reali, molti

infatti vengono minacciati e non denunciano, continuano in silenzio il loro lavoro. Di fronte a una situazione simile, un medico ci pensa su non una, ma mille volte prima di partecipare al concorso».

Né la soluzione è prevedere incentivi economici: «Cosa significa? Che io prendo uno schiaffo però ho una paga un po' più alta e sono contento? No, tu ospedale mi devi aumentare lo stipendio a prescindere e nel contempo devi aumentarmi anche le tutele in fatto di sicurezza», conclude Ruggiero. Dall'Asl Salerno, in-

dividuata come azienda pilota per il concorso, fanno sapere che i 62 vincitori sono stati convocati per il 6 maggio alla Regione Campania. Gli altri 301 saranno forse rappresentati da sedie vuote.

Carichi di lavoro troppo stressanti per pochi soldi

Bruno Zuccarelli

Non tutti denunciano. Continuano a lavorare in silenzio in corsia

Manuel Ruggiero



I danni Una delle sale sfasciate nel pronto soccorso dell'ospedale di Giugliano a Napoli

