

**15 gennaio 2024**

# **RASSEGNA STAMPA**



**ARIS**

ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

**A.R.I.S.**

**Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari**  
**Largo della Sanità Militare, 60**  
**00184 Roma**  
**Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343**

US  
R  
R  
A

GIORGIO ARMANI  
SEGUI SU @GIORGIOARMANI  
E ARMANI.COM

# la Repubblica

GIORGIO ARMANI  
SEGUI SU @GIORGIOARMANI  
E ARMANI.COM

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Maurizio Molinari



Lunedì 15 gennaio 2024

Oggi con Affari & Finanza

Special N° 2 - in più € 1,70

REGIONALISMO E FONDI UE

## Il governo tradisce il Sud

In un anno, Meloni chiude gli uffici, fa saltare le Zone economiche speciali, taglia 20 miliardi. Boccia (Pd): "Faremo le barricate" Baratto tra FdI e Lega: domani in Senato il ddl Calderoli sull'Autonomia. E in commissione comincia l'esame sul premierato Durigon: "Sulle pensioni cancellare la legge Fornero costa troppo"

Il commento

### Se aumentano le disuguaglianze

di Isايا Sales

La settimana politica si apre sotto cattivi auspici per l'unità della nazione. La destra al governo vuole approvare in breve tempo l'Autonomia differenziata tra le Regioni, cospargendo di ulteriori veleni la vita civile e sociale del nostro Paese.

• a pagina 27

Blitz sull'autonomia differenziata: domani si comincia a votare a Palazzo Madama. Prima del 9 giugno l'autonomia potrà essere legge con l'ok anche della Camera. Intanto il governo Meloni ha abbandonato le politiche per il Mezzogiorno: non solo per i tagli alla spesa di circa 20 miliardi, ma anche per la gestione dei finanziamenti. Già dall'insediamento la premier non sapeva a chi assegnare la delega per il Meridione. Prima Musumeci, poi Fitto. Ora anche gli uffici vengono smantellati. E sulle pensioni il sottosegretario Durigon afferma: cancellare la Fornero costa.

di Casadio, Cerami, Colombo, Conte, De Cicco, Frasciolla e Pastore • da pagina 2 a pagina 6

Lodi, ipotesi suicidio

### Trovata senza vita la ristoratrice travolta da una tempesta social



▲ Sant'Angelo Lodigiano Giovanna Pedretti, 59 anni, nella sua pizzeria

dalla nostra inviata Ilaria Carra • a pagina 17

I diritti

### Rivolta contro i tagli ai fondi per l'anorexia

L'intervista

### Perinetti: per questi ritardi è morta Emanuela

di Marco Juric • alle pagine 8 e 9

Il Ministero della salute definisce i disturbi alimentari un'epidemia, ma il governo taglia il fondo istituito ai tempi di Draghi. Finanziato con 25 milioni di euro, andava ora rinnovato. Ma il governo Meloni ha bloccato tutto. Quasi quattro milioni di persone - di cui la maggior parte sono donne e quasi la metà minorenni - soffrono di anoressia o bulimia e non trovano una rete nazionale di cure che li supporti.

di Viola Giannoli • a pagina 8

L'editoriale

### L'unilateralismo minaccia la coesistenza tra le nazioni

di Ezio Mauro

La globalizzazione che ha avvolto il pianeta in un'unica rete, annullando il tempo e il luogo nella contemporaneità dell'immateriale, ha in realtà spezzato il meccanismo storico costruito nel lungo dopoguerra per garantire la coesistenza tra mondi diversi, sperimentando metodi, istituti e organismi per il controllo e la regolazione dei conflitti. Oggi non c'è più un sistema, la dottrina trumpiana dell'unilateralismo sembra realizzarsi anche senza Trump.

• a pagina 27

Mappamondi

### Iowa, Trump: vi darò petrolio e confini blindati

dal nostro inviato Paolo Mastrolilli • a pagina 13

### "Mio figlio Hersh da cento giorni ostaggio di Hamas"



di Cafèri e Raineri • alle pagine 10 e 11

### Danimarca Tutti pazzi per regina Mary

dalla nostra inviata Eva Grippa • a pagina 15

GIORGIO ARMANI  
COLLEZIONE UOMO AUTUNNO/INVERNO 2024/25  
LUNEDÌ 15 GENNAIO - ORE 12.00

Il podcast di Rep



### Messina Denaro ecco la voce dello stragista

di Lirio Abbate • a pagina 18

In tv di Fazio

### Il Papa: pago con la solitudine l'apertura ai gay

di Iacopo Scaramuzzi

La «solitudine» sperimentata per la contestata decisione di benedire le coppie omosessuali, le dimissioni, che sono una «possibilità» ma non ora, la speranza che l'inferno sia «vuoto», la preoccupazione per i migranti e l'escalation militare. Papa Francesco si racconta da Fabio Fazio. • a pagina 20



CORRIERE DELLA SERA

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

DEL LUNEDÌ

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

DIEGO M

DATARO.COM  
I (veri) ritardi dell'Alta velocità  
di Milena Gabanelli e Giovanni Viafora  
a pagina 22

Domani in campo la Juve  
Tre gol del Milan  
alla Roma di Mou  
di Alessandra Bocci, Carlos Passerini  
e Luca Valdiserri da pagina 38 a pagina 41

OUTERWEAR  
PASSION

Gli interessi italiani  
PERCHÉ  
IL MAR ROSSO  
CI RIGUARDA  
di Ferruccio de Bortoli

Nella crisi del Mar Rosso, mentre si susseguono le azioni militari angloamericane contro i ribelli yemeniti Houthi, alleati di Hamas ed Hezbollah, ci sono molti più interessi italiani di quanto un governo per sua vocazione sovranista, lascerebbe intendere. Il ministro degli Esteri, Antonio Tajani, nell'intervista sul Corriere di ieri, precisa che l'appoggio agli alleati è solo politico e non militare, anche perché sarebbe necessario un voto del Parlamento che il governo Meloni non vuol chiedere. Tajani parla di un'ipotetica risposta europea — che coinvolga anche la Francia verso la quale proviamo una improvvisa e comoda empatia — i cui tempi non sono però compatibili con la gravità della minaccia alla libertà dei commerci. Il realismo di Tajani è condivisibile. Però nel momento in cui assistiamo alle operazioni contro gli Houthi temendo una escalation del conflitto mediorientale, è giusto che si abbia una percezione migliore delle possibili conseguenze di natura economica. Concentrarci su questo aspetto non vuol dire sottovalutare la tragica emergenza umanitaria. Tutt'altro. Le vie del compromesso, della riduzione delle attività belliche, dei pericoli terroristici, passano inevitabilmente dalla conoscenza e dalla valutazione degli interessi in gioco. Trascurarli non avvicina la pace, la allontana.

continua a pagina 32



L'ex presidente in Iowa: deportiamo gli illegali. E la Cina a Taiwan: puniremo chi vuole l'indipendenza  
Parte Trump, show e minacce  
Video di Hamas con 3 ostaggi: tra loro Noa, rapita al rave. Netanyahu: mesi di guerra

di Viviana Mazza



Comincia la lunga corsa per la conquista della Casa Bianca che si concluderà a novembre. Si parte con i caucus nell'Iowa. Donald Trump subito battagliero per ottenere la nomina repubblicana. E annuncia: «Deporteremo tutti i migranti illegali». Conflitto in Medio Oriente. Hamas diffonde un video con 3 ostaggi. Tra di loro anche Noa rapita al rave. Il premier Netanyahu: mesi di guerra.

da pagina 2 a pagina 7  
Battistini, Santevecchi

IL NUOVO RAPPORTO  
I detonatori  
e l'antisemitismo  
che torna

di Goffredo Buccini  
a pagina 32

Regionali, si tratta a oltranza per l'accordo  
Tensioni tra alleati: la Lega fa «resistenza»

L'ISOLA, LE CANDIDATURE  
Tutti contro tutti:  
l'enigma Sardegna  
di Tommaso Labate

Il disvelamento dell'enigma Christian Solinas sarà l'ultimo colpo di scena prima del voto regionale sardo. Si ritira, non si ritira. E se si ritira, quando. Oppure non si ritirerà mai.

a pagina 10

L'ARRESTO UN ANNO FA  
Messina Denaro,  
i diari e i segreti  
di Giovanni Bianconi

Un anno dall'arresto, nei diari segreti del boss Messina Denaro la vita parallela nella sua Sicilia. Nel 2016 seguiva la figlia per strada. «C'è voluto lo Stato per distruggermi».

a pagina 21

di Marco Cremonesi e Monica Guerzoni

Non si scioglie la tensione tra gli alleati del centrodestra in vista delle elezioni regionali del prossimo febbraio. In Sardegna si tratta ancora per arrivare a un candidato comune, ma la Lega vuole defilarsi. E oggi al Consiglio federale del Carroccio potrebbe dare mandato a Salvini di non cedere alle richieste di Fratelli d'Italia. Il partito della premier Giorgia Meloni ha già fatto partire la campagna elettorale in Sardegna del suo candidato governatore, Paolo Truzzo al posto dell'uscente Christian Solinas appoggiato dalla Lega.

da pagina 8 a pagina 13  
Arachi, Fiano, Logroscino

Pistoia Gli sposi dopo il cedimento del pavimento alla festa



Gli sposi Paolo Mugnaini e Valeria Ybarra, 26 anni entrambi, mano nella mano nei due lettini nel pronto soccorso

Le nozze, il crollo, l'ospedale  
«La nostra prima notte»  
di Marco Gasperetti

LODI, IL POST E I SOSPETTI  
La recensione,  
il caso sui social:  
morte tragica  
di una ristoratrice  
di Carlo d'Elia  
e Andrea Galli

Trovata morta Giovanna Pedretti, la titolare della pizzeria Le Vignole di Sant'Angelo Lodigiano, criticata per la recensione su TripAdvisor in difesa di disabili e gay. Il corpo senza vita della donna è stato ripescato ieri pomeriggio dalle acque del Lambro.

a pagina 17

RASTERANNO 250 MILIONI  
Mittal, «sconto»  
per lasciare l'Ilva  
Ora investirà  
in Francia  
di Michelangelo Borrillo

L'Ilva, per ArcelorMittal possibile uscita con lo sconto, ovvero con 250 milioni di euro invece dei 400 richiesti. Gli indiani, a fronte di una causa lunga, hanno deciso di accontentarsi di una buonuscita più leggera ma rapida. Investiranno nell'acciaio francese.

la pagina 23

Antiquorum 50th VALUATION DAY 31 gennaio 2024 HOTEL L'OROLOGIO ROMA

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia  
Nell'ultimo banco della scorsa settimana cercavo nel primo lunedì ordinario dell'anno quella Luna a di miele. Oggi è un lunedì qualsiasi e quelle parole sono già lontane. Non resta allora che fare un gioco, perché giocare è la scorciatoia per rinnovare la vita, nel gioco infatti si cerca, come nel vivere, l'introvabile equilibrio tra destino (le regole) e libertà (le scelte), per questo diciamo della vita che «ce la giochiamo». Cerco allora il 15 gennaio su Wikipedia e scopro che non è stato un giorno qualunque. Scelgo a caso. Parlando di politici, nel 69 d.C., anno in cui Roma ebbe quattro imperatori, fu ucciso Galba, acclamato pochi mesi prima per sostituire il folle Nerone. Le

Ogni maledetto lunedì  
sue scelte furono inevitabilmente impopolari e fu ammazzato mentre chiedeva: «Ma che male ho fatto?». In questo giorno Elisabetta I fu incoronata regina di Inghilterra: regnò dal 1558 al 1603, il periodo più sorprendente della storia inglese. Nel 1970 Gheddafi fu proclamato premier della Libia e nel 1975 il Portogallo rese indipendente l'Angola. Parlando di edifici: nel 1759 fu inaugurato il British Museum e nel 1943 fu completato il Pentagono, sede del Dipartimento della difesa Usa. In ambito sportivo nel 1892 il professor James Naismith creò le regole della pallacanestro e nel 1967 fu disputato il primo Super Bowl. È solo l'inizio: che altro?

Meno guidi, più risparmi. I'RC Auto al km! Rebel Pay per you



### IL CASO

**Pozzolo, quel braccio di ferro sul via libera al porto d'armi**

ZOLAEGRIGNETTI - PAGINA 18



### LASTORIA

**Trovata morta Giovanna Pedretti aveva difeso i gay nel suo locale**

ANDREA SIRAVO - PAGINA 20



### IL TENNIS

**Australian Open, Berrettini fuori Sinner e Djokovic eterni rivali**

STEFANO SEMERARO - PAGINA 35



# LA STAMPA

LUNEDÌ 15 GENNAIO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.14 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)



### IL MEDIORIENTE

**100 giorni di guerra ecco perché oggi è impossibile credere alla pace**

FRANCESCA MANNOCCHI



Parlando ai cittadini israeliani al centesimo giorno di guerra, il primo ministro Benjamin Netanyahu ha promesso vittoria e ribadito «nessuno ci fermerà. Ripristineremo la sicurezza sia al Sud che al Nord. Nessuno ci fermerà, né l'Aia, né l'asse del male, né nessun altro». Ha definito ipocrita «l'attacco dell'Aia contro lo stato ebraico», «un punto morale basso - ha detto - nella storia delle nazioni».

Il tono è quello delle dichiarazioni degli ultimi tre mesi, nella prima, cento giorni fa, di fronte ai cittadini traumatizzati dagli attacchi del 7 ottobre, aveva annunciato che avrebbe usato tutte le forze a sua disposizione per annientare Hamas: «Li distruggeremo», ha detto e ripetuto a più riprese.

CONTINUA A PAGINA 8

### LA GEOPOLITICA

**Usa-Cina, alta tensione dopo il voto a Taiwan**

LORENZO LAMPERTI

Cina e Stati Uniti serrano le rispettive fila intorno a Taiwan tra visite, avvertimenti e probabili manovre militari. Ma a Taipei non c'è un clima da resa dei conti. Nonostante le ripercussioni a cui può portare la vittoria del filo indipendentista Lai Ching-te alle presidenziali, la domenica post urne è trascorsa in piena normalità. SIMONI - PAGINE 8 E 9

LA CRISI SANITARIA AUMENTA LE DISUGUAGLIANZE: SEMPRE PIÙ PERSONE RINUNCIANO ALLE CURE

## Farmaci e liste d'attesa più povero 1 italiano su 6

Regionali. Fratelli d'Italia detta le condizioni. L'irritazione di Lega e FI

### LA PROPOSTA FORNERO

**Irischi e i vantaggi della patrimoniale**

SERENA SILEONI

Sulle pagine di ieri de *Lastampa*, la professoressa Elsa Fornero ha recuperato una proposta che torna periodicamente tra gli economisti più che tra i politici. - PAGINA 4

### AMABILE, BERLINGHIERI, OLIVO, RUSSO

La sanità rende sempre più italiani poveri, la povertà induce sempre più persone a rinunciare alle cure. Quasi il 15% delle famiglie oggi si trova in difficoltà economiche sul fronte sanitario a causa di spese eccessive, se non impossibili, o improvvise. Intanto sarà un vertice tra i leader del centrodestra a sciogliere il nodo delle candidature alle Regionali. - PAGINE 2 E 3 PAGINA 14

### IL TELECONFRONTO

**Sfida Meloni-Schlein è la logica della tribù**

ALESSANDRO DE ANGELIS

In attesa del duello televisivo Meloni-Schlein, il tormentone del se e quando si candideranno è già la più formidabile cartina di tornasole del segno politico dei tempi. - PAGINA 25

### LE RIFORME

**Le spinte autoritarie di un governo che trasforma i cittadini in sudditi**

DONATELLA STASIO



Più di un colpo di spugna. Tra l'abrogazione dell'abuso d'ufficio e riscrittura del traffico di influenze illecite è un arretamento dello stato di diritto. - PAGINA 15

### LA MEMORIA

**Cosa significa urlare W l'Italia antifascista**

MAURIZIO MAGGIANI

Viva l'Italia antifascista! Ben detto. Ma dopo? Qualcosa dovrà pur succedere dopo perché questo bel fiato sgorgato da un cuore colmo di legge morale non s'involi nel cielo stellato e si disperda nella voragine della materia oscura. - PAGINA 17

### LA POLEMICA

**Se sul Tg1 è in marcia la Gioventù Nazionale**

GIOVANNI DE LUNA

Alle 13.40 sul Tg1 è andata in onda una marcia cimiteriale che mai avremmo pensato di vedere sulla rete ammiraglia della televisione pubblica. Militanti della Gioventù nazionale sono stati ripresi mentre sfilavano a Roma. - PAGINA 18

### RADUNO 15 ANNI DOPO IL MIRACOLOSO AMMARAGGIO SULL'HUDSON

## I figli di Sully

FRANCESCO SEMPRINI

**Quel legame speciale tra sopravvissuti**

CATERINA SOFFICI

A pochi è capitato di morire e rinascere in 208 secondi. Ai 155 passeggeri del volo US Airways 1549 è capitato. - PAGINE 22 E 23

RETTYPHAGE

### INTERVISTA

**Lazar: "Adesso Le Pen terrorizza Macron"**

ANNALISA CUZZO CREA



Le destre crescono ovunque in Europa. I francesi non hanno più fiducia nella democrazia. Il 35% è disponibile a provare delle forme diverse di governo. È colpa della crisi sociale sempre più forte, legata alle disuguaglianze. Islam e islamismo sono ritenuti la stessa cosa. - PAGINA 11

### LA SOCIETÀ

**"Voglio fare l'influencer" E a me sale la tristezza**

PAOLA MASTROCOLA

Mi dicono che molti ragazzini, alla domanda cosa vuoi fare da grande, rispondono: l'influencer. Fin dalla più tenera età, elementari o medie. Che stia diventando un lavoro vero e proprio è fuor di dubbio. Tutto bene, dunque, il mondo cambia, ci mancherebbe che restassimo ancorati a professioni vecchie. - PAGINA 21



### I DIRITTI

**Così una scuola inclusiva aiuta gli alunni disabili**

TONI NOCCHETTI

Mito origina dal greco *mythos* (parola, racconto) e nella enciclopedia Treccani troviamo la sua spiegazione. Una narrazione di particolari compiti da dei, semidei, eroi e mostri. Il mito può offrire una spiegazione di fenomeni naturali, legittimare pratiche rituali o istituzioni sociali. - PAGINA 25



**NOBIS ASSICURAZIONI**

L'ASSICURAZIONE CHE RISPONDE SEMPRE!

[www.nobis.it](http://www.nobis.it)





# Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 146 N° 14  
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DC 58

NAZION

IL MERIDIA

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

Lunedì 15 Gennaio 2024 • S. Mauro

**In uscita su Netflix**  
We are the world, la più grande notte del pop americano diventa un film  
Marzi a pag. 19



**La dedica alla moglie**  
Ecco Frederik X di Danimarca, il re anti-gossip  
Sabadin a pag. 9



**Torna il tennis**  
Australia, Sinner buona la prima  
Un altro stop per Berrettini  
Martucci nello Sport



### I problemi reali

## Le difficoltà in Europa e la stabilità italiana

Alessandro Campi

**D**omani pomeriggio a Strasburgo, in apertura dell'assemblea plenaria del Parlamento europeo, si svolgerà un dibattito sul riemergere del neofascismo nei Paesi dell'Unione a partire dal caso italiano (i saluti romani alla commemorazione della strage di Acca Larentia): è l'inizio ufficiale della campagna elettorale in vista del prossimo giugno travestito, ancora una volta, da spavento collettivo per le sorti della democrazia.

L'ultima discussione del genere, sempre sul pericolo di una crescente normalizzazione del fascismo, sui rischi del razzismo e della xenofobia, sulla necessità di mettere fuori legge i gruppi neofascisti e neonazisti, si è svolta nell'ottobre del 2008, anche in quel caso pochi mesi prima di andare al voto. All'epoca fu almeno votata una prolissa risoluzione, stavolta non è previsto alcun documento o votazione.

Ogni cinque anni torna dunque il pericolo dell'ondata nera - nazionalista, populista, fascista: tutto si equivale - che puntualmente (e fortunatamente) non arriva. Gli elettori sanno come scegliere anche senza gli avvertimenti e le istruzioni per l'uso di Bruxelles. Senza contare che i pericoli e le minacce che si materializzano sono poi sempre altri, mai previsti da chi dovrebbe farlo per mestiere, come si è visto prima con la pandemia e poi con la guerra.

Intendiamoci, l'estremismo di destra è un fenomeno resilientemente diffuso su scala transnazionale. (...)

Continua a pag. 14

## Centro Italia, sale l'Irpef regionale

► Tagli a stipendi e pensioni fino a 750 euro l'anno in Toscana, nel Lazio saranno 140  
► Partite Iva, via la pagella fiscale: si amplia il concordato. Assegno unico più pesante: +5,7%

ROMA Sale l'Irpef regionale nel centro Italia. In Toscana l'impennata maggiore, nel Lazio incremento medio di 140 euro.

Andreoli e Bassi alle pag. 2 e 3

Usa, nei sondaggi Donald al 48%, Haley al 20

### Primarie repubblicane, Trump vola

## Nell'Iowa è sfida per il secondo posto

Angelo Paura

**C**on i caucus dell'Iowa iniziano oggi in modo ufficiale le primarie del partito repubblicano. E tutta l'attenzione è ancora una volta puntata



su Donald Trump. L'ex presidente infatti - nonostante i processi e le difficoltà dell'ultimo anno - continua a essere in testa nei sondaggi, molto più avanti di Nikki Haley.

A pag. 8

Favorita Francoforte

### Antiriciclaggio, l'agenzia europea non sarà a Roma

Francesco Malfetano

**L'**Autorità europea anti-riciclaggio e contro il finanziamento al terrorismo non siaccerà a Roma. Accordo Germania-Spagna su Bei e agenzia a Francoforte.

A pag. 5

Le nuove rotte mandano in crisi i porti italiani

### Mar Rosso, i raid non frenano gli Houthi

## La Cina: basta attacchi alle navi cargo

**ROMA** I raid in Yemen non fermano i ribelli Houthi e ora anche la Cina prende posizione: stop con gli attacchi ai cargo nel Mar Rosso. L'operazione delle forze anglo-americane al momento non ha sorti-



to gli effetti sperati: gran parte delle postazioni da cui i ribelli lanciano i razzi non ha subito danni decisivi. Netanyahu: «Questa guerra durerà ancora mesi». La crisi dei porti italiani. Alle pag. 6 e 7

Anderson firma l'1-0 a Lecce. A San Siro il Milan vince: è 3-1



### La Lazio è Felipe: 4° posto vicino

## Roma, Paredes-gol non basta

Felipe Anderson, suo il gol vittoria (DHL LAMPESSE). A destra Leandro Paredes Servizi nello Sport

## Alex ucciso a 14 anni

### La pista della droga e il ruolo del patrigno

► Identificata la banda che ha sparato a Pantano «Lite per lo spaccio». Il papà: perché mio figlio era lì?

**ROMA** Una rosa di cinque sospettati di origini rom. Tra loro dovrebbe esserci chi, a Pantano, ha esploso più colpi, due dei quali hanno raggiunto e ucciso Alexandru Ivan, 14 anni. La sparatoria sarebbe stata l'epilogo di un regolamento di conti, quasi certamente per "dissidi" legati alla droga. All'incontro notturno tra i due gruppi rivali erano presenti il patrigno, il nonno e lo zio della giovane vittima, che si erano portati, appunto, anche Alex. Il papà: perché mio figlio era lì?

### Fermato coetaneo

## Calci e pugni fatali fuori dalla discoteca la morte a 20 anni

**PALERMO** Ucciso a vent'anni a calci e pugni durante una rissa davanti a una discoteca. Definirla malum-ovida è riduttivo. La vittima è Francesco Bacchi, studente. Aveva la stessa età del ragazzo fermato per l'omicidio.

Lo Verso a pag. 11

### Il corpo nel Lambro



### Ritrovata morta la ristoratrice accusata sui social

**MILANO** Trovata morta nel fiume Lambro la titolare del ristorante-pizzeria della recensione orofoba. Giovanna Pedretti (nella foto) era stata accusata sui social di aver creato un caso su un falso commento.

Guasco a pag. 12

**PRIMI SINTOMI INFLUENZALI**

**PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.**

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

**RAFFREDDORE**

### Il Segno di LUCA

**PESCI, AVANTI SENZA INTRALCI**

Per iniziare al meglio la settimana, la Luna nel tuo segno si congiunge con Nettuno, tuo pianeta, in ottimo aspetto con il Sole. Gli auspici sono ottimi, specialmente per il lavoro, settore nel quale il tuo magnetismo e la tua capacità di assecondare le richieste ti consentiranno di andare avanti con facilità, raggiungendo i tuoi obiettivi senza intralci. La configurazione ti invita a sognare, immagina di essere già al traguardo.

**MANTRA DEL GIORNO**  
Le emozioni precedono tutto il resto.

L'oroscopo a pag. 14

\* Tandem con altri quotidiani (su disposizione degli organizzatori) con il servizio in Minima-Luce, Brescia e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica su Internet € 1,40 in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40, nel Lazio, il Messaggero - Prima Pagine. Messico € 1,50 nelle versioni di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50.



LA CRISI SANITARIA AUMENTA LE DISUGUAGLIANZE: SEMPRE PIÙ PERSONE RINUNCIANO ALLE CURE

# Farmaci e liste d'attesa più povero 1 italiano su 6

Regionali, Fratelli d'Italia detta le condizioni. L'irritazione di Lega e FI

**AMABILE, BERLINGHIERI,  
OLIVO, RUSSO**

La sanità rende sempre più italiani poveri, la povertà induce sempre più persone a rinunciare alle cure. Quasi il 15% delle famiglie oggi si trova in difficoltà economiche sul fronte sanitario a causa di spese eccessive, se non impossibili, o improvvise. Intanto sarà un vertice

tra i leader del centrodestra a sciogliere il nodo delle candidature alle Regionali. - PAGINE 2 E 3 E PAGINA 14

IL CASO

# I poveri della sanità

Un italiano su sei in difficoltà economica a causa di cure che il pubblico non garantisce più. Dalle liste d'attesa infinite alla spesa farmaceutica, il sistema sanitario esclude i più deboli

**PAOLO RUSSO**  
ROMA

**L**a sanità rende sempre più italiani poveri e la povertà fa rinunciare alle cure un numero di persone via via maggiore. Che le disuguaglianze in sanità stiano crescendo a causa soprattutto dell'ostacolo delle liste di attesa, insormontabile per chi non ha la possibilità di aggirarle pagando, lo confermano i dati ancora inediti del Rapporto annuale del Crea sanità di prossima presentazione. Le famiglie che hanno accusato un disagio economico a causa delle spese sanitarie erano il 4,7% nel 2019, sono salite al 5,2% nel 2020, per arrivare ora al 6,1%, percentuale che in numeri assoluti fa un milione e 580 mila nuclei fami-

liari. In crescita è anche il fenomeno delle cosiddette spese sanitarie «catastrofiche», secondo la definizione dell'Oms quelle che impoveriscono le famiglie quando superano del 40% le capacità economiche di sostenerle. Qui i dati differiscono molto a seconda di chi li rileva ma sono in ogni caso in crescita. Secondo il Crea riguardano il 2,8% delle famiglie italiane, ma per i calcoli della sezione europea dell'Oms sarebbero molte di più, il 9,44%, dato tra i peggiori d'Europa. Fatte le somme tra chi si impoverisce in corso d'anno per le spese sanitarie e chi va in difficoltà per esborsi improvvisi ed esorbitanti, si arriva in totale quasi al 15% delle famiglie italiane, circa 9 milioni di persone in difficoltà

economica per colpa di una sanità pubblica che non ce la fa più a garantire tutto a tutti, lasciando scoperti proprio i più deboli. Poi, come sempre, alle disuguaglianze economiche si sommano quelle territoriali, per cui se le famiglie impoverite per curarsi sono il 4% nel Nord-Est, raddoppiano all'8,2% a Sud, mentre al Centro sono il 5%, il 5,9% a



Nord-Ovest.

Un'altra indagine condotta dall'Università di Roma «Lumsa», in collaborazione con quella del West Virginia, ha poi rilevato un milione e 350 mila famiglie che hanno dovuto dirottare verso l'assistenza sanitaria il 20% dei propri consumi, alimentari a parte. Come dire che per curarsi hanno rinunciato a cambiare abito oppure l'auto ormai troppo in là con gli anni.

Che le cose vadano di male in peggio lo racconta anche l'11° Rapporto sulla povertà sanitaria presentato il mese scorso da Banco farmaceutico, che nei primi 10 mesi del 2023 ha contato 427 mila italiani in condizioni di povertà sanitaria e che per questo si sono dovuti ri-

volgere alle organizzazioni no profit, ormai un quinto delle strutture sanitarie del Paese. Solo un anno prima a richiedere aiuto erano stati 386 mila assistiti, che in un solo anno sono quindi aumentati del 10,6%. A rivolgersi al no profit per supplire alla povertà sanitaria sono più i cittadini del Nord. Ma il dato non inganni, perché il Sud è in realtà doppiamente svantaggiato, avendo più persone in difficoltà economica e meno strutture di volontariato che diano una risposta ai loro bisogni. Il no profit è utile non solo per accedere gratuitamente alle cure. Come dichiara il presidente della Fondazione Banco farmaceutico, Sergio Daniotti, «tante persone in con-

dizioni di povertà non riescono ad accedere alle cure non solo perché non hanno risorse economiche, ma anche perché, spesso, non hanno neppure il medico di base, non conoscono i propri diritti in materia di salute o non hanno una rete di relazioni e amicizie che li aiuti a districarsi tra l'offerta dei servizi sanitari».

La sanità che arranca non fa però solo più poveri in termini di denaro ma anche di salute. Secondo l'Istat il 7% della popolazione, pari a 4,1 milioni di assistiti, ha del tutto rinunciato alle cure, spesso per l'impossibilità di aggirare le liste di attesa rivolgendosi al privato. E quanto questo faccia male alla salute lo rivela sempre il Rap-

porto sulla povertà sanitaria, dove è evidente il contrasto tra il 4,3% di chi è in cattive o pessime condizioni di salute ma non economiche e il 6,2% di chi sta molto male ed è povero o rasenta la povertà. Casomai perché ha provato comunque a curarsi raschiando il proprio portafoglio. —

**Obbligati a ricorrere a prestazioni private: al Sud vanno in crisi il doppio delle persone**

## IL CONFRONTO CON L'ESTERO

### Sale l'effetto delle spese "catastrofiche" Solo il Portogallo dietro all'Italia nell'Ue

**A**nche in Europa la salute sta diventando un lusso e chi non può permetterselo non si cura o si impoverisce. A dirlo è un nuovo studio condotto dall'Oms su 40 Paesi europei, che mostra come per decine di milioni di cittadini del vecchio continente la salute sia ormai sinonimo di difficoltà finanziarie. In tutti i Paesi esaminati il 20% più povero delle famiglie sostiene almeno il 40% delle spese sanitarie «catastrofiche», percentuale che sale a oltre il 70% in Paesi come Croazia, Repubblica Ceca, Francia, Ungheria, Irlanda, Lussemburgo, Montenegro, Serbia, Slovacchia, Svezia, Svizzera, Turchia e Ucraina. Il tasso di spesa sanitaria catastrofica varia in tutto il continente, ma la situazione è più critica in Armenia, Bulgaria, Georgia, Lettonia, Lituania e Ucraina, dove oltre il 14% delle famiglie deve affrontare il problema.

«A causa dell'inaccessibilità dei tratta-

menti, le famiglie svantaggiate hanno maggiori probabilità di ritardare il ricorso a cure mediche professionali, il che significa che potrebbero dover ricorrere a servizi di emergenza costosi per far fronte a condizioni aggravate», sottolinea il report dell'Oms. La stessa Organizzazione mondiale della sanità sottolinea inoltre che «nei 40 Paesi studiati, le famiglie più svantaggiate hanno maggiori probabilità di essere costrette ad effettuare spese mediche che intaccano il loro budget». E se l'Europa sta messa male, l'Italia va ancora peggio. In termini percentuali di famiglie che hanno dovuto sostenere spese sanitarie catastrofiche siamo penultimi con il 9,44%: peggio di noi sta solo il Portogallo (10,64), mentre distanti sono Spagna (1,59%), Francia (2,07), Gran Bretagna (1,47), Germania (2,43) e Svezia (1,62%). **PA.RU.** —



© RIPRODUZIONE RISERVATA





## LE PRENOTAZIONI NEGATE

### Per un esame si devono aspettare mesi In quattro milioni costretti a rinunciare

«Sono sempre più gli italiani che rinunciano alle cure a causa delle lunghe liste di attesa». A sostenerlo con i numeri è l'Istat, che rileva come nel 2022 la quota di persone che dichiara di aver pagato interamente di tasca propria sia le visite specialistiche che gli accertamenti diagnostici sia aumentata rispetto al 2019, passando rispettivamente dal 37 al 41,8% e dal 23 al 27,6% nel caso di tac, risonanze ed esami simili. Costi spesso esorbitanti coperti per poco più del 5% degli assistiti da una polizza assicurativa. Tutti gli altri hanno dovuto mettere mano al portafoglio e oltre 4 milioni di assistiti, non potendo farlo, hanno rinunciato alle cure. Il 7% della popolazione contro il 6,3% del 2019. E chi guarda al privato, sette volte su dieci lo fa non per scelta ma per la necessità di non aspettare mesi se non anni per una visita o un accertamento diagnostico. Liste di attesa sulle quali

sono risultate in affanno un terzo delle 1.118 strutture sanitarie passate al setaccio dai Nas, che hanno rilevato anche tutta una serie di irregolarità nella gestione dell'attività libero-professionale medica, finalizzate ad allungare ad arte i tempi di attesa.

A costringere gli assistiti ad aprire il portafoglio per non dover aspettare tempo prezioso c'è anche il fenomeno di Asl e ospedali pubblici che, in barba alle leggi, erogano più prestazioni in modalità «solvente» che in regime di Ssn. A svelarlo è un rapporto dell'Agenas, che in ben 16 regioni su 21 ha scoperto strutture sanitarie pubbliche che erogano più interventi in forma privata che non in regime mutualistico. Questo nonostante una legge nazionale preveda che l'attività privata non possa essere superiore a quella pubblica. Un'asticella superata anche di due-tre volte da non pochi ospedali d'Italia. PA.RU. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA

## POSSIBILE EMENDAMENTO AL MILLEPROROGHE

### In arrivo lo scudo penale per i medici Il ministro Schillaci: «Tempi maturi»

Scudo penale e innalzamento volontario dell'età pensionabile da 70 a 72 anni per i medici. Le due misure saranno molto probabilmente previste con emendamenti al Milleproroghe. Ma se i camici bianchi ribadiscono la necessità della depenalizzazione («Siamo tra i pochi Paesi al mondo a non averlo fatto - così Pierino Di Silverio, segretario Anaao Assomed -, nonostante il fatto che su oltre 35.000 cause giudiziarie contro medici e strutture sanitarie presentate ogni anno in Italia, oltre il 95% si concluda con un nulla a procedere»), si dicono però pronti a dare battaglia anche



Il ministro Orazio Schillaci

ricorrendo «a un nuovo sciopero» sul tema pensioni. Dal canto suo, il ministro della Salute Orazio Schillaci ha sottolineato che «i tempi sono maturi per intraprendere la via della depenalizzazione dell'atto medico, a esclusione del dolo, mantenendo la responsabilità civile». —

## IL COSTO DEI FARMACI

### Dieci miliardi all'anno per i medicinali I tagli delle Asl pesano sulle famiglie

La pillola inizia ad andare di traverso a un numero sempre maggiore di italiani, che quando il bilancio familiare scricchiola rischiano di varcare la soglia di povertà per pagarsi i medicinali. A documentarlo è il Rapporto sulla povertà sanitaria di Banco farmaceutico, che rileva come negli ultimi anni la spesa pubblica farmaceutica fletta e quella privata salga. Nel 2022 la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie ha raggiunto il 44,1% del totale, sfiorando i 10 miliardi di euro, 704 milioni in più in un solo anno, con una variazione percentuale del 7,6% che ha portato l'esborso medio annuale per singola famiglia a 380 euro. Un aumento che in sei anni è stato del 23%. Come dire che il taglio alla spesa pubblica per pillole e sciroppi si è direttamente scaricato sulle famiglie. E a sostenere i costi sempre più esorbitanti, rimarca il Rapporto di Banco farmaceutico, «non

sono solo quelle abbienti, ma anche quelle povere, che devono pagare interamente il costo dei farmaci da banco, non rimborsati dal Ssn, a cui si aggiunge, salvo esenzioni, quello dei ticket. E per questa ragione che centinaia di migliaia di persone indigenti si rivolgono ogni anno a enti caritativi». Anche se c'è da dire che tra medici poco propensi a prescrivere e farmacisti altrettanto poco invogliati a proporli al posto dei molto più costosi farmaci griffati, i generici in Italia continuano ad essere poco prescritti, facendo così accollare ai cittadini oltre un miliardo l'anno di spesa per la differenza tra il prezzo dell'originale e quello ridotto, in media di circa il 50%, del generico. Una spesa evitabile, paradossalmente concentrata soprattutto nelle regioni meridionali dove il reddito medio pro-capite disponibile è più basso. PA.RU. —



sono solo quelle abbienti, ma anche quelle povere, che devono pagare interamente il costo dei farmaci da banco, non rimborsati dal Ssn, a cui si aggiunge, salvo esenzioni, quello dei ticket. E per questa ragione che centinaia di migliaia di persone indigenti si rivolgono ogni anno a enti caritativi». Anche se c'è da dire che tra medici poco propensi a prescrivere e farmacisti altrettanto poco invogliati a proporli al posto dei molto più costosi farmaci griffati, i generici in Italia continuano ad essere poco prescritti, facendo così accollare ai cittadini oltre un miliardo l'anno di spesa per la differenza tra il prezzo dell'originale e quello ridotto, in media di circa il 50%, del generico. Una spesa evitabile, paradossalmente concentrata soprattutto nelle regioni meridionali dove il reddito medio pro-capite disponibile è più basso. PA.RU. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA





La sfida quotidiana di tanti assistiti alle prese con i disservizi  
 "Per pagare le spese non riconosciute non ci concediamo nulla"

## Angelica e gli altri malati "Così diventa impossibile arrivare a fine mese"

**LESTORIE**  
**FLAVIA AMABILE**  
 ROMA

«**Q**ui in Basilicata quasi nessuno conosce la mia malattia». Salvatore Losenno abita a Pisticci, in provincia di Matera: da quando aveva 12 anni soffre di una patologia rara, la Charcot Marie Tooth. Ha difficoltà a camminare senza l'aiuto di calzature ortopediche e tutori in carbonio. Ora di anni ne ha 52, vuol dire che da quattro decenni combatte con il servizio sanitario pubblico che non riesce ad assisterlo come sarebbe necessario e lo costringe a rivolgersi al privato per le visite. «Ho bisogno di visite neurologiche, nella mia regione si aspettano fino a 18 mesi per averle con il Servizio sanitario nazionale. Un'attesa che non sempre mi posso

permettere, negli ultimi due anni per due volte sono stato costretto a pagare una visita privata, per esempio quando ho dovuto presentare le pratiche per l'assegno di invalidità. E per trovare qualcuno in grado di capire la mia malattia devo andare fino a Bari, a più di 100 chilometri di distanza, prendendo anche una giornata di permesso». Salvatore Losenno ha bisogno anche di scarpe ortopediche e tutori in carbonio. «Secondo l'Asl dovrei cambiarle ogni dodici mesi ma si consumano prima. Devo rifarle e si rifiutano di autorizzare la fornitura». Salvatore Losenno ha tre figli e uno stipendio che non arriva a duemila euro. «Per pagare anche le spese mediche che non mi vengono riconosciute non mi concedo nulla se non lo stretto necessario per sopravvivere», ammette.

È la vita quotidiana di milioni di italiani che ogni giorno devono scegliere tra fare la spesa e curarsi, in una situazione che non prevede margini di miglioramento. «Sono un essere umano che combatte da 32 anni con la salute. ho

tutti i diritti di essere curata con la sanità pubblica», ha scritto a maggio Angelica Meloni, 64 anni, alla Asl di Sassari, dove vive, in una mail di protesta. E ha concluso: «Basta, ora lo dico senza volgarità e retorica, mi avete portato via pure le mutande». L'ultima visita privata la signora Angelica l'ha pagata a settembre. Era una visita cardiologica con elettrocardiogramma prescritta dal medico che l'ha vista per un problema di affaticamento. «Con il servizio sanitario pubblico avrei dovuto aspettare fino al maggio del 2024 ma io ho molte patologie, sono in recidiva da un linfoma, ho una fibromialgia, mi hanno scoperto dei problemi alla valvola mitralica e a quella dell'aorta, non posso aspettare. Ho pagato 150 euro e, guarda caso, ho ottenuto subito l'esame».

Enrico Pantoini ha 62 anni, abita a Bergamo e, nonostante una vita a lavorare nelle multinazionali come ingegnere, nel 2013 ha perso il lavoro e non è riuscito più a trovare un altro impiego. «Sono senza pensione, ho due patologie croniche, una moglie invalida

al 75% ed entrambi abbiamo bisogno di visite di controllo periodiche. Rivolgerci al privato non è possibile, non avrei i soldi per mangiare. Però curarsi è sempre più difficile. Ora quando chiamo il centro prenotazioni non mi danno più un appuntamento dopo un anno, semplicemente mi rispondono di richiamare. Nemmeno le visite urgenti vengono garantite. Ho messo da parte una piccola cifra. Sono i risparmi che mi permettono di vivere. In caso di urgenze ricorrorò a quelli ma non so poi come andrò avanti».

Francesca Lato abita a Roma e ha la madre, Paola Giampaoli, costretta da 5 anni a convivere con un crollo vertebrale e una broncopneumite cronica ostruttiva. Vuol dire dover respirare con l'ossigeno e avere forti difficoltà a camminare. «Ora però la regione Lazio per risparmiare ha ridotto i cicli di fisioterapia. Vuol dire condannare mia madre a non alzarsi più dal letto. Io riesco a pagare un'ora di fisioterapia una volta a settimana ma non è sufficiente». —

**Francesca ha la madre a letto: "La Regione Lazio ha ridotto i cicli di fisioterapia"**



“

Salvatore Losenno  
 Per trovare chi capisce la mia malattia devo andare fino a Bari, a più di cento chilometri da casa



“

Angelica Meloni  
 Mi hanno tolto anche le mutande. Con 150 euro a visita, guarda caso si trova subito il posto





*I diritti*

# Rivolta contro i tagli ai fondi per l'anorexia

Il Ministero della salute definisce i disturbi alimentari un'epidemia, ma il governo taglia il fondo istituito ai tempi di Draghi. Finanziato con 25 milioni di euro, andava ora rinnovato. Ma il governo Meloni ha bloccato tutto. Quasi quattro milioni di persone – di cui la maggior parte sono donne e quasi la metà minorenni – soffrono di anoressia o bulimia e

non trovano una rete nazionale di cure che li supporti.

di **Viola Giannoli** ● a pagina 8

# “Il governo lascia soli i malati di anoressia” Rivolta contro i tagli

Venerdì manifestazioni in tutta Italia per la cancellazione del fondo contro i disturbi alimentari. Ne soffrono quasi 4 milioni di ragazzi. “Così migliaia di pazienti rischiano di essere abbandonati”

di **Viola Giannoli**

**ROMA** – «I disturbi alimentari non sono una scelta, tagliare i fondi sì. E ora noi come ci cureremo?». Una, due, tre, quasi quattro milioni di voci gridano la paura della propria malattia, l'incertezza del futuro, la protesta contro una decisione politica che mette a rischio ambulatori, terapie, cure di chi digiuna o si abbuffa, per poi svuotarsi, fino a morire. Perché mentre il ministero della Salute i disturbi alimentari li chiama «epidemia», l'esecutivo sceglie di tagliare il fondo istituito durante il governo Draghi con la legge di Bilancio 2022 e finanziato con un totale di 25 milioni di euro per due anni. Quell'investimento serviva ad aiutare le Regioni a combattere i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e ad aggiornare i Lea, i livelli essenziali di assistenza, su anoressia, buli-

mia e via dicendo. Il governo Meloni avrebbe dovuto rifinanziare il fondo con nuove risorse, in Senato erano anche arrivati emendamenti alla legge di Bilancio, tutti respinti. E così migliaia di famiglie e operatori sono in allarme, pronti alla rivolta.

Il 19 gennaio, venerdì, scenderanno in piazza in almeno 19 città (da Roma a Catania, da Lecce a Milano), e in altre che si vanno aggiungendo. Una manifestazione promossa dalla





rete di studenti medi e universitari Chiedimi come sto, dalla Fondazione Focchetto lilla, da Animenta Dca, da Maruska Albertazzi e Silvia Persico. «Perché di Dca, così si chiamano i disturbi alimentari, si muore», dicono da Focchetto lilla, il colore della protesta. Oltre tremila le vittime ogni anno, spesso giovanissime, età media 25 anni. «Perché i casi si sono moltiplicati dopo il Covid, come dimostra una *survey* nazionale che dal 2018 al 2023 ha evidenziato un aumento del 30% dei malati», spiega Laura Dalla Ragione, psichiatra, tra le massime esperte. Perché oggi sono 3.678.362 i pazienti, e il numero è sottostimato per i moltissimi che neanche arrivano alle cure. Perché anoressia e bulimia sono forse il male più grave della Gen Z. Il 90% delle pazienti sono femmine, ma i maschi sono sempre più numerosi. I posti per curarsi, invece, sempre meno. E diminuiranno ancora.

La rete di assistenza è scarsa. L'ultimo censimento parla di 126 strutture sul territorio nazionale, erano 164 nel 2018 quando i numeri dell'emergenza erano più bassi e il Covid non

c'era ancora stato. In alcune regioni non c'è nulla (Molise), in altre i centri specializzati si contano sulle dita di una mano: Abruzzo, Marche, Campania, Puglia. E prima ce n'erano meno di niente.

I fondi, spiega Dalla Ragione, nonostante fossero largamente insufficienti, servivano proprio a questo: a organizzare i servizi, ad assumere il personale per potenziarli (780 professionisti presi in tutto), ad aprire altri ambulatori. «Ora il rischio è che, se non si trova una soluzione, i pazienti vengano abbandonati a sé

## LA FOTOGRAFIA

stessi alla fine di quest'anno, con pericolose interruzioni terapeutiche». Almeno 22mila saranno tagliati fuori. «Servono invece fondi stabili e vincolati, perché i disturbi alimentari sono patologie gravi che hanno bisogno di continuità nella cura. Non puoi conquistare la fiducia dei pazienti, convincerli che è il percorso giusto e poi dirgli: scusa ma l'ambulatorio chiude – accusa Dalla Ragione – Nessuno si aspettava che il fondo non venisse prorogato, è stata

una sorpresa per tutti».

Sorpresa amara. Sui tavoli del ministro della Salute Orazio Schillaci e della premier Giorgia Meloni è già arrivata la lettera di 40 associazioni di familiari: «Senza rinnovo le liste di attesa, che già arrivano a un anno, si allungheranno ancora. Quando nella vostra regione cercherete un luogo di cura pubblico e non ci sarà, quando dovrete rivolgervi al privato con costi proibitivi, scoprirete che non c'è una politica che abbia investito nella tutela della salute». C'è pessimismo, ma non resa: «Scendiamo in piazza adesso perché di Dca si muore, oggi più di ieri, ma se non facciamo nulla si morirà domani più di oggi». © RIPRODUZIONE RISERVATA

*“Dopo il Covid i casi si sono moltiplicati. Servono risorse certe per dare continuità ai percorsi di cura”*



Le ex pazienti  
Quattro ragazze prese in cura dal Centro Palazzo Francisci di Todi, dedicato al trattamento dei disturbi alimentari





## L'intervista

Perinetti:  
per questi ritardi  
è morta Emanuela

di Marco Juric  
● alle pagine 8 e 9

# Perinetti "Scelta sconcertante Chi soffre come Emanuela non può salvarsi senza aiuti"

di Marco Juric

«Sono sconcertato. Spero che questo provvedimento non sia il colpo di grazia ai nostri tentativi di contrastare un fenomeno in espansione». Lo dice con un filo di voce Giorgio Perinetti, padre di Emanuela, la manager milanese di 33 anni morta di anoressia nel novembre scorso, dopo una lunga lotta contro la malattia.

### Qual è stato il suo primo pensiero alla notizia?

«Sono sinceramente sconcertato. I disturbi dell'alimentazione, purtroppo, mi paiono talmente in espansione, che è davvero grave non pensare a contenere e prevenire questo problema. Spero che il taglio non sia un colpo di grazia, ma certamente è un provvedimento che rischia di disperdere quel poco che si stava facendo fino ad oggi. Così perde efficacia il lavoro di prevenzione e si tolgono gli strumenti a chi combatte queste malattie».

### Qual è il rischio?

«Quello che i malati siano abbandonati a sé stessi. Ci sono ombre che creano un disagio talmente grande che è difficile, da soli, contrastarlo».

### Accettare la malattia è la cosa più difficile?

«Per noi è stato uno strazio. Avevamo individuato il problema da qualche tempo, ma non abbiamo ottenuto la collaborazione di Emanuela. E non potevamo imporle le cure. Lei inizialmente viveva la sua anoressia come un disagio, non come una condizione di salute preoccupante».

### Pensa ci sia un problema di normative sui disturbi alimentari?

«Alcune sono piene d'ipocrisia. Perché, nella maggior parte dei casi, il malato non si rende conto delle sue condizioni di salute. Rifiuta le cure e qualsiasi tipo di riabilitazione nutrizionale. In più, se è maggiorenne, la cura non può essergli imposta. Se non tramite misure coercitive e procedure lentissime, che fanno solo perdere tempo prezioso».

### C'è un appello che vuole fare?

«Quando si è in queste condizioni, trovare un aiuto da soli non è facile. Credo servano più strumenti perché gli altri, anche familiari e amici, possano intervenire in tempo. E dovrebbe esserci un riconoscimento della malattia a un livello diverso dove, in determinati casi molto gravi, si può imporre al malato la necessità di curarsi».

### Non crede sia eccessivo?

«Oggi ci si affida solo alla volontà del malato. Ma se lui stesso non riconosce il suo stato come fa a chiedere di essere curato?».

### È stato così per sua figlia?

«All'inizio sì. Era stato predisposto un ricovero urgente. Emanuela, però, si è rifiutata e noi familiari non avevamo i mezzi per costringerla».

### Poi il crollo.

«È accaduto tutto molto in fretta. È stata costretta ad andare in ospedale per altri motivi, dopo una caduta in casa».

### Solo allora è arrivata la piena consapevolezza del problema.

«Quando ha capito, si è attaccata alla vita con tutte le sue forze. Solo allora ha iniziato a chiedere cibo. Ad accettare un aiuto. Ma aveva chiesto troppo al suo corpo, era allo stremo delle forze. Gli stessi medici mi avevano detto che le possibilità di ripresa erano minime».

### Lei e l'altra sua figlia Chiara da mesi vi state spendendo per accendere i riflettori sul problema.

«Per noi è stata una tragedia. Ma adesso credo sia giusto parlarne e condividere la nostra storia con tutte le famiglie che vivono o hanno vissuto questo problema».

—“—

*Alcune leggi sui  
disturbi alimentari  
sono ipocrite: spesso  
il malato non si rende  
conto del suo stato  
e rifiuta ogni cura*





## Il commento

# Come la prevenzione può aiutare la sanità in crisi

**Francesco Vaia\***  
**Antonio Maturò\*\***

Il documento licenziato nei giorni scorsi dall'Ocse sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari ha presto ottenuto le prime pagine di parecchie testate internazionali. Come spesso accade, il sottotitolo del documento è più chiaro del titolo stesso e recita: "Come finanziare sistemi sanitari resilienti quando c'è scarsità di denaro". È sotto gli occhi di tutti quanto attuale e drammatica sia la tenuta dei sistemi sanitari. Dalle elaborate proiezioni econometriche dell'Ocse si evince come la spesa sanitaria sia destinata a crescere in modo geometrico nei prossimi 15 anni, a partire dal 9% medio attuale fino a posizionarsi a quasi il 12% sul Pil nel 2040 (ricordiamo che dell'Ocse fanno parte numerosi Paesi europei, molti asiatici e anche il Canada). Chiaramente, questa tendenza è fonte di enorme preoccupazione perché metterà a dura prova le finanze dei diversi Stati, già indebolite da crisi congiunturali, guerre e Covid.

Le cause dell'aumento della spesa sanitaria vanno ricercate soprattutto nella duplice transizione, demografica ed epidemiologica: l'aumento dell'aspettativa di vita (che è una conquista sociale e sanitaria) è stato accompagnato purtroppo dalla maggiore diffusione della cronicità e dal potenziale incremento degli anni che si trascorrono nella non autosufficienza. Per dirla con una battuta, la convivenza con una malattia cronica è statisticamente più lunga dei matrimoni (che in media durano 17 anni). La spesa sanitaria è, tra l'altro, destinata a crescere anche in ragione degli alti standard di qualità fissati dall'avanzamento tecnologico ed organizzativo. Per recuperare risorse per la sanità,

nel rapporto vengono suggerite quattro soluzioni: aumentare le risorse provenienti dalla tassazione; distribuire in modo diverso i fondi pubblici tra i diversi comparti e quindi dare più fondi alla sanità togliendoli ad altri settori; ridefinire il rapporto pubblico/privato in sanità; agire sull'efficienza della gestione sanitaria.

Noi abbiamo un'altra idea. Si stima ormai che il 60% del carico di malattia in Europa e in Italia sia riconducibile a fattori di rischio modificabili con l'adozione di stili di vita salutari: un dato importante che dimostra il ruolo cruciale che la prevenzione deve avere, con la sua capacità di generare valore sia in termini di salute che di sostenibilità del sistema. Promuovere la salute delle persone, a partire proprio dagli stili di vita salutari (che oggi comprendono, al pari del mangiar bene e dello svolgere attività fisica, anche il calendario vaccinale, gli screening e la lotta alle dipendenze) è indispensabile anche per invertire il consolidato paradigma culturale che vorrebbe l'invecchiamento quale causa ineluttabile delle malattie.

In questi anni siamo stati bravissimi ad aggiungere anni alla vita, oggi dobbiamo aggiungere qualità, e cioè salute e benessere, oltre alla vita. La prevenzione può dunque essere vera attrice del cambiamento, ma serve una visione sistemica e uno sforzo comune e intersettoriale da parte di tutta la società: famiglia, scuola, mondo del lavoro e terzo settore siano alleati della salute. È ora di uscire dall'idea di una Sanità che agisce da sola e che, anzi, si contrappone agli altri ambiti del welfare, come in fin dei conti traspare anche dalle politiche esaminate dall'Ocse.

Agire sulla prevenzione

avrebbe ricadute molteplici su ambiti che quotidianamente non riteniamo correlati alla salute, come ad esempio la produttività, e permetterebbe di attenuare problematiche strutturali del nostro SSN. Si pensi agli accessi in Pronto soccorso, alla ribalta delle cronache anche in questi giorni (spesso in maniera esagerata, quanto non impropria) e che riguardano spesso persone anziane e per lo più portatrici di malattie croniche, curabili a domicilio.

Non è mai troppo presto per la prevenzione, né mai troppo tardi neppure per le persone già malate, per ridurre il rischio di disabilità e l'impatto sociale che essa ha sui "famigliari caregiver", snodo essenziale del nostro sistema assistenziale domiciliare. L'empowerment della comunità e la promozione della salute passano anche attraverso il riconoscimento dei cosiddetti "determinanti sociali di salute". Riconoscere che le disuguaglianze sociali ed economiche hanno insomma ripercussioni sulla sanità e sulle persone è fondamentale per garantirne la tutela, come sancito dalla nostra Costituzione.

Non c'è salute senza giustizia sociale.

*\* Direttore Generale della  
Prevenzione,  
Ministero della Salute*  
*\*\* Ordinario di Sociologia della  
salute, Università di Bologna*





**LA PROPOSTA**

## Personalizziamo la medicina per migliorarla

**PAOLO PETRALIA**

Da un modello quantitativo passiamo a uno qualitativo sugli esiti di salute.

A pagina 17

**ANALISI** La difficile trasformazione del Sistema sanitario nazionale di fronte all'invecchiamento della popolazione e alla difficoltà di aumentare i fondi

# Serve una medicina personalizzata Non la quantità ma “esiti di salute”

**PAOLO PETRALIA**

**L'**antivigilia di Natale il nostro Servizio sanitario nazionale ha compiuto 45 anni: ed è sin troppo scontato interrogarsi su quale potrà essere il suo futuro, tra invecchiamento della popolazione e risorse in calo, tra diminuzione del personale e aumento dei costi di produzione. I dati epidemiologici - per noi che siamo abituati a misurare tutto - indicano con chiarezza la traiettoria: nel 2049 il numero di decessi potrebbe doppiare quello dei nuovi nati; nel 2050 il 35 per cento degli italiani avrà più di 65 anni; il 32 per cento di questi avrà gravi patologie croniche e multimorbilità; 10,2 milioni di persone vivranno da sole... Tutto questo senza parlare delle risorse, ancorate ad un sei per cento circa del Pil che troppi economisti ci dicono essere un modo insufficiente di valutarne l'adeguatezza.

**E** allora? Che fare? I manager delle aziende pubbliche italiane da tempo hanno condiviso la necessità urgente di cambiare rotta: serve un riposizionamento degli assetti regolatori e gestionali-organizzativi in grado di restituire al nostro sistema la capacità di preservare i suoi principi fondamentali: garantendo la domanda, programmando l'offerta e valutando gli esiti. L'universalismo del nostro sistema sanitario ha infatti evidenziato da tempo il suo essere ormai selettivo, e un esempio tra molti lo dimostra. La metà delle visite specialistiche ed un terzo della diagnostica ambulatoriale sono oggi pagate privatamente - a formare una parte di quei circa 40 miliardi di spesa “out of pocket” che rappresenta poco meno di un quarto dell'intera spesa sanitaria del Paese - e nel contempo sono il frutto di un disorganico percorso prescrittivo, che evidenzia inappropriately e frammentazione di ruoli e responsabilità. Da questo indicatore emerge come non sia più possibile garantire risposte uguali a tutti, nella logica di rispondere a singole domande isolate.

**U**na possibile soluzione potrebbe essere il passaggio da un modello fondato sulle prestazioni ed il loro rimborso a drg/tariffa, ad uno basato sui percorsi di cura e sul valore degli esiti, riunendo tutte le risorse in campo ed integrando gli erogatori pubblici e privati per offrire risposte eque ed appropriate ai bisogni di salute dei cittadini, senza differenze di accesso né di qualità. E nel contempo, definendo in base ai bisogni della popolazione i contenuti sociosanitari da offrire: questa traiettoria - definizione della spesa e rinnovamento dei setting erogativi con la loro relativa modellistica - renderebbe più sostenibile il sistema e contestualmente efficacemente applicabile anche il Pnrr.

**L**e coordinate di questa nuova rotta non possono non comprendere le risorse, le regole e i ruoli e le responsabilità, ad ogni livello. La progressiva carenza delle risorse (demografiche, per l'invecchiamento ed economiche, per la contrazione delle risorse disponibili e l'aumento dei costi di produzione) ed il contestuale





aumento dei bisogni di salute (pro spettanza di vita, per l'innovazione...) rappresentano ormai una evidenza di crisi di tenuta del sistema in tutte le direzioni.

Nel recente Rapporto Oasi del Cergas Bocconi, si evidenzia come le differenze regionali tra i servizi sociosanitari indichino livelli ormai insostenibili di erogabilità al Nord, mentre restano ancora in equilibrio le regioni del Centro-Sud, che però erogano meno servizi. Nel 2020 nel nostro sistema sanitario il 56% degli operatori aveva più di 55 anni, con una carenza oggi di circa trentamila medici e più di sessantamila infermieri. Una crisi che viene da lontano, e che la pandemia ha esacerbato, chiedendo sempre di più a sempre meno persone. Il paradosso indica la centralità del recupero della dimensione motivazionale, di valorizzazione lavorativa e retributiva dei professionisti del servizio sanitario nazionale. E questo potrebbe essere possibile già con poche azioni: sulle regole (abolire il tetto spesa del 2004 sulle nuove assunzioni), normando la possibilità di svolgere libera professione interna per la propria azienda, e valorizzando le competenze e le attività svolte.

Su *Lancet* poche settimane fa Hans Kluge, direttore di Soms Europa, spiegava che la crisi del personale è di dimensione continentale, e «poggia essenzialmente su una crisi del lavoro, di salute mentale, educativa, di parità di genere e di investimenti finanziari». Se questa diagnosi è facilmente condivisibile, sono altrettanto interessanti le proposte di possibili terapie: «mantenere il personale - migliorando le condizioni di lavoro - per reclutare efficacemente; ottimizzare le prestazioni per massimizzare le risorse limitate; costruire l'offerta, adeguando istruzione e formazione; pianificare e investire - migliorando i sistemi informativi e in aeree a valore aggiunto». Ed in particolare - come ricorda Elio Borgonovi, fondatore della SdA Cergas Bocconi - nell'area del *middle management*, passando da un modello "obblighi-vincoli-controlli-sanzioni" ad uno "autonomia-responsabilizzazione-valutazione risultati".

Da qui, e non solo, l'esigenza di una grande riforma culturale del nostro sistema sanitario, che possa così continuare a rispondere ai bisogni di salute - e quindi di dignità - dei cittadini, specialmente delle persone fragili e con cronicità. Una riforma declinata anche in regole, talvolta semplificate, talora innovative. Non si tratta di inseguire la prestazione prescrivibile a richiesta (in specie se non correlabile ad una produzione possibile), aumentando senza fine le liste di attesa (e se fossero di persone troppo "curate", e nessuno inseguisse chi è invece "trascurato" dal punto di vista sanitario?) con una ingiustificata variabilità tra pazienti cronici e territori omogenei, ma di ridisegnare il processo di presa in carico multidimensionale e multiprofessionale, costruendo un continuum di cure e assistenza con i relativi budget di salute.

Passare da un modello quantitativo a rimborso prestazionale ad uno qualitativo fondato sul valore degli esiti di salute, differente da paziente a paziente, non è però assolutamente semplice: richiede tra l'altro un largo uso di dati validati, piattaforme informatiche aperte, cambio di procedure amministrative e compliance degli operatori. Ma rappresenta altresì una valida risposta di sostenibilità di sistema, definendo un rapporto più favorevole

costi/benefici ed una medicina sempre più personalizzata.

D'altro canto innovazione e digitalizzazione, ricerca e formazione possono essere i fattori trainanti di una trasformazione sostenibile del nostro Ssn e dei suoi assetti organizzativi, che nell'iniezione strutturale di risorse del Pnrr vive una congiuntura favorevole unica. Si pensi - per fare un solo esempio - alla concreta agibilità della realizzazione delle case e degli ospedali di comunità, e quindi alla necessità finalmente ineludibile di una reale integrazione socio-sanitaria e fra ospedale e territorio. Sin dalla fase di progettazione e costruzione dei modelli organizzativi ed esecutivi servono però regole attuative semplici e sostenibili, e le risorse umane sufficienti, competenti e formate per realizzarle e renderle operative.

Abbiamo parallelamente bisogno ancora di una responsabilità sempre più esplicitata e condivisa a livello di sistema, e di costruire un modello di partecipazione attiva di tutti gli stakeholders che sia in grado di prendersi carico nel proprio singolo ruolo di tutto il percorso, secondo un modello di "costruzione di comunità". Il contesto della "comunità ospitale" si può così realizzare e sviluppare in tutte le modalità di presa in cura: dal domicilio alle residenze per non autosufficienti, dai servizi socio sanitari del territorio fino all'ospedale. È proprio qui che da sempre si esprime il senso pieno del prendersi cura: dei poveri e dei pellegrini un tempo, degli inguaribili e dei malati in generale più avanti, delle cure per acuti e di alta complessità oggi, sino alle frontiere dell'innovazione nei farmaci, nella tecnologia, nell'intelligenza artificiale...

Resta però dirimente la centralità dell'umano in tutto questo: mantenere al centro l'accoglienza della persona in tutte le sue espressioni: di paziente, familiare e caregiver, di operatore e decisore. Perché, così facendo, "la Sanità del futuro non sarà soltanto tecnologica, digitale e smart, ma riuscirà ad essere essenzialmente umana", come ricorda Marco Doldi, docente di teologia morale e bioetica. La pandemia ci ha insegnato che nulla dovrà essere più come prima: e lo abbiamo vissuto personalmente, gestendo il tempo dell'emergenza e poi della campagna vaccinale con tempestività, flessibilità, creatività. Oggi viene richiesto nuovamente un surplus di iniziativa, per dare un futuro al nostro servizio sanitario nazionale, ma al tempo stesso per dare risposte di salute qui ed ora ai nostri cittadini: siamo tutti chiamati a rispondere, perché anticipare il futuro significa anche non essere in ritardo sul presente.

**Vicepresidente Fiaso  
Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere**





# Scudo penale ai medici ogni anno 35mila cause I chirurghi i più colpiti

► Le associazioni di categoria plaudono all'iniziativa di governo e maggioranza ► Sanitari costretti a ricorrere alla "medicina difensiva" per tutelarsi: lo Stato paga 10 miliardi

## IL FOCUS

ROMA La pressione prima di entrare in sala operatoria ormai è sempre più crescente. E non solo per la carenza di medici o per i turni massacranti. A rendere difficile il lavoro dei chirurghi è il rischio che dopo l'intervento, se non tutto va come preventivato, possa piombare all'improvviso una denuncia da parte del malato o dei familiari. Negli ultimi anni, il rapporto medico paziente si va infatti sempre più affievolendo e l'assistenza medica è considerata ormai un servizio come tutti gli altri. Con la conseguenza che se il risultato di un intervento non soddisfa arriva la richiesta di danni. Per avere contezza del fenomeno che da anni provoca non poche crisi di nervi tra le corsie, basta dare un'occhiata ai dati dell'Acoi, l'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani: sono circa 300mila le cause per colpa medica attualmente in corso, 35mila le richieste di risarcimento all'anno. Per questo, da più parti, si giudica positivamente «l'intervento del ministro Schillaci e della maggioranza per depenalizzare i reati dei medici», come sottolineano diverse sigle sanitarie. La maggior parte riguarda l'attività chirurgica (38,4%), omesse o errate diagnosi (20,7%), errori terapeutici (10,8%), infezioni nosocomiali (6,7%). E così per i medici cresce a dismisura paura di sbagliare diagnosi. «La medicina difensiva, ossia la richiesta di visite o esami o farmaci superflui da un punto di vista clinico ma utili nel caso di contenzioso – ammette Francesco Nardacchione, segretario nazionale dell'Acoi e chirurgo dell'Asl Roma 2 – risulta in crescita».

## I COSTI

Per le casse dello stato, un problema non di poco conto. L'Agenas calcola che il peso economico del fenomeno si aggira attorno ai 10 miliardi di euro l'anno. E non va meglio neanche per il singolo contribuente che avrebbe invece bisogno di maggiori servizi sanitari e liste di attesa più corte. «Si stima che in Italia la medicina difensiva abbia un costo di 165 euro pro ca-

pitate – rimarca Nardacchione – senza che ciò corrisponda ad un aumento di qualità e sicurezza del servizio sanitario. Si aggiunga poi l'aumento dei premi assicurativi a carico del personale sanitario, sino ad arrivare alla conseguente limitazione del diritto alla salute riconosciuto dall'articolo 32 della costituzione». Ogni medico cerca di proteggersi dal rischio di incorrere in errori. E allora, visto che non tutte le aziende sanitarie hanno una copertura assicurativa, fanno di tasca propria: la spesa annua varia dai 10mila ai 15mila euro. Un salasso per i medici giovani, che prendono circa 2700 euro netti al mese; peggio per gli specializzandi (1800 euro al mese). Senza contare che molti professionisti sanitari non riescono ad ottenere un'adeguata copertura assicurativa sul mercato per i costi eccessivamente alti

delle polizze. Secondo i dati elaborati dalla Federazione Cimo Fesmed delle circa 16mila denunce di sinistro ricevute dalle compagnie nel 2020, 7.700 sono rivolte al singolo sanitario e le restanti alle strutture sanitarie pubbliche e private. La questione è nota da tempo. E di recente

la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) in audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati lo ha ribadito: «La sicurezza delle cure è una delle sfide più importanti e il raggiungimento di tale obiettivo non può prescindere da una appropriata regolamentazione della valutazione e gestione del rischio clinico e delle responsabilità professionali». E ancora: «È giusto prevedere una norma che sollevi i professionisti sanitari dalla responsabilità penale in tutti quei casi di morte o lesioni diversi dalla colpa grave. E prevedere poi un risarcimento per quei professionisti ingiustamente accusati, attraverso l'introduzione dell'istituto della lite temeraria».

## LE REAZIONI

Pierino Di Silverio, segretario nazionale di Anaa Assomed, aggiunge: «Depenalizzare l'atto medico come vuole fare il governo non significa sottrarsi a eventuali responsabilità, bensì prendere atto che il medico





non può essere sottoposto a tre tribunali (ospedaliero, ordinistico e civile) e che per giudicare non si può partire da una presunzione di colpevolezza». La speranza è riposta nel tavolo tra il ministero della Giustizia e della Salute per lo studio e l'approfondimento della colpa professionale medica e per una revisione

della legge Bianco-Gelli che prevede tra l'altro che il medico non può essere punito per imperizia se si è attenuto alle raccomandazioni pubblicate, non è sottoposto a sanzioni penali per colpa lieve, ma viene punito solo in caso di colpa grave. Ma la norma sulla sicurezza delle cure, varata nel 2017, non è stata ancora attuata pienamente per la mancanza di decreti attuativi.

**Graziella Melina**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PER I CAMICI BIANCHI ANCHE IL PROBLEMA DELLE ASSICURAZIONI, CON I COSTI DELLE POLIZZE DIVENUTI INSOSTENIBILI**

**OLTRE A RAPPRESENTARE UN COSTO PER LE CASSE PUBBLICHE, GLI INTERVENTI CAUTELATIVI INGOLFANO SISTEMA SANITARIO E LISTE D'ATTESA**

**Sul Messaggero**



L'articolo uscito ieri sulle pagine del Messaggero nel quale si dà conto del piano del governo per depenalizzare i reati commessi dai medici

## I contenziosi medici

**300mila**

cause per presunte colpe mediche nei tribunali

**10 miliardi**

i costi per la sanità difensiva

**600**

cause circa ogni anno

**4 anni circa**

per una causa, civile o penale



assoluzioni



dei casi finiscono con una mediazione

## Le principali cause di denuncia

Attività chirurgica

**38,4%**

Omesse o errate diagnosi

**20,7%**

Errori terapeutici

**10,8%**

Infezioni nosocomiali

**6,7%**

Withub



## GLI SPECIALIZZANDI TRA I PIÙ ESPOSTI

Una manifestazione degli "specializzandi" davanti al ministero dell'Istruzione. Visti gli stipendi, sono tra i più esposti alle richieste di risarcimento dei parenti





## L'intervista **Pierluigi Marini**

# «I contenziosi allontanano i giovani Non si può operare sotto pressione»

**L**a decisione del ministro della Salute Orazio Schillaci di «intraprendere la via della depenalizzazione dell'atto medico, a esclusione del dolo, mantenendo la responsabilità civile», con l'impegno del governo e del Parlamento, che «ha mostrato sensibilità con la mozione di maggioranza approvata alla Camera», non può che trovare il plauso dei medici che lo chiedevano da tempo. Pierluigi Marini, past president di Acoi (l'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) lo ammette con chiarezza: «Bene fa il ministro della Salute a mettere mano su questo problema. Noi abbiamo collaborato con la Commissione, abbiamo presentato un documento, e abbiamo molta speranza che possa portare ad abbassare la tensione e a ricreare quel rapporto importante di complicità tra specialista e paziente che molto spesso si interrompe».

### **Perché fare il chirurgo è diventato un lavoro a rischio?**

«Da un sondaggio che abbiamo fatto sui giovani medici, abbiamo osservato che la prima causa per cui non scelgono più di fare il chirurgo, professione considerata ad alto rischio professionale, è proprio il contenzioso medico legale. Abbiamo partecipato ad una Commissione del ministro della giustizia Nordio, e seguiamo con grande attenzione il lavoro che viene fatto, perché secondo noi risolvendo il problema del contenzioso, la nostra professione tornerà ad essere interessante per i giovani. Altrimenti rischiamo di non avere più iscritti nelle nostre scuole di specializzazione: non dimentichiamo che quasi il 60 per cento delle borse di specializzazione per chirurgia sono andate deserte. Finora avevamo sperato molto sugli effetti della legge

Gelli Bianco e non ci sono stati».

### **Come mai?**

«Durante la pandemia Covid, viste le condizioni in cui eravamo chiamati a lavorare, avevamo chiesto di interrompere tutte le procedure legate ai contenziosi, almeno per quel periodo di emergenza. E questo non è stato possibile. Se noi consideriamo che più del 90 per cento delle cause finiscono con un nulla di fatto, eppure per un chirurgo significa avere spese legali che ti mettono in condizioni di grande disagio quotidianamente nella professione».

### **Con quali conseguenze?**

«Se un chirurgo va in sala operatoria preoccupato da quello che può succedere, non può dare il 100%. La medicina difensiva dipende proprio da questo: mal sopportare i potenziali rischi, il contenzioso, si tende a chiedere esami di diagnostica molto spesso anche inutili, che hanno un impatto importante sulla spesa sanitaria».

### **Perché manca la fiducia nello specialista?**

«Non sottovalutiamo l'impatto delle pubblicità che incitano al contenzioso, qualcuno pensa di poter trarre profitto non rischiando niente, alcuni propongono assistenza legale chiedendo di essere pagati solo in caso di buon esito. Il passaggio da un totale rapporto di fiducia a questa realtà totalmente opposta è molto veloce ed è un problema perché genera la medicina difensiva. Anche il nostro settore, ossia la chirurgia, ne risente: molto spesso, se i chirurghi meno esperti si trovano di fronte una situazione difficile, si fermano per il rischio di sbagliare e questo non va bene oltre che per noi, anche per il paziente».

### **Non esiste rischio zero...**

«La guarigione totale non può

essere garantita, dobbiamo fare tutto ciò che è possibile in scienza e coscienza. Ma la medicina non è una scienza perfetta».

### **L'assicurazione delle aziende sanitarie non basta?**

«Le assicurazioni considerano talmente alto il rischio che spesso non si presentano nemmeno alle gare per assicurare l'ospedale. Spesso si va in autotutela, con tutti i contenziosi che ne derivano, e comunque la protezione dal rischio diventa di difficile gestione. Molti di noi stipulano assicurazioni, ma sono molto costose: equivale a tre stipendi di un giovane medico. Molto spesso se hai due-tre contenziosi rischi di rimanere con le spalle scoperte».

### **Pesa anche sulla carriera?**

«Se hai troppi contenziosi spesso non riesci a sostenere il peso economico, diversi colleghi si sono visti pignorare la casa in via cautelare. Poi, oltre il 90 per cento dei casi si risolve con un nulla di fatto. Ma intanto le cause intanto vanno avanti a lungo, persino per 10 anni».

### **Il direttore dell'unità operativa è sempre responsabile?**

«Pur non essendo in ospedale può essere chiamato in causa. Una delle strategie di chi fa causa è quella di coinvolgere tutti i medici. Oggi la magistratura è molto attenta e lavora a tutelare i pazienti, ma anche i medici».

### **Facile dimostrare un errore?**

«Spesso vengono fatte perizie non affidabili dal punto di vista dell'evidenza scientifica, e il giudice purtroppo si deve basare su quelle. È un problema che purtroppo bisogna ancora risolvere».

**Gr. Mel.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# «Scudo penale per i medici»

►L'intervista. Schillaci (Sanità): «Assoluzioni nel 90% dei casi che coinvolgono i sanitari. Stipendi più alti e più specializzandi in corsia. Per la beneficenza servono nuove regole»

ROMA Piano del governo per ridurre i processi ai medici. Lo annuncia il ministro della Salute Orazio Schillaci. Alle pag. 2 e 3

# Scudo penale ai medici Il piano del governo per ridurre i processi

►La riforma: reati depenalizzati, ►Il ministero: «Assoluzioni nel 90% dei casi». Ipotesi Milleproroghe restano dolo e responsabilità civile

## LE MISURE

ROMA Avanti con lo scudo penale per i medici. È la mossa del governo per ridurre i processi (circa 300 mila quelli pendenti, oltre 600 le cause ogni anno) per le presunte "colpe mediche" che non solo ingolfano i tribunali ma soprattutto creano una spirale negativa nel mondo della Sanità: fuga dai pronto soccorso, crisi di "vocazione", proteste e mal di pancia. Due sono le strade battute da governo e maggioranza. Una di più largo respiro, strutturale. L'altra più immediata, ma temporanea.

La ratio è quella che spiega il ministro Schillaci: «La maggior parte delle cause (circa il 90%, ndr) si risolve nell'assoluzione. I tempi sono maturi per depena-

lizzare l'atto medico, ad esclusione del dolo, mantenendo la responsabilità civile».

## LE SOLUZIONI

Partendo da quest'ultima, le "grandi manovre" sono già partite. Dopo le mozioni approvate in modo bipartisan dieci giorni fa alla Camera la maggioranza tira dritto e mira ad inserire un emendamento nel Milleproroghe. Una soluzione tampone, della durata di un anno, in attesa della riforma della legge Gelli-Bianco sulla responsabilità del personale sa-

nitario. L'emendamento verrà presentato in settimana (il termine è per venerdì), ha l'avallo del ministero della Salute e dovrebbe avere anche l'ok del dicastero della Giustizia. E potrebbe sbloccare un'altra partita, ovvero quella sull'innalzamento dell'età pensionabile dei medici da 70 a 72 su base volontaria. Un'eventualità nei mesi scorsi già pro-

spettata dalla maggioranza e dal governo (l'Italia è il paese con più medici over 55 in Europa) e





osteggiata dai sindacati dei camici bianchi che avevano minacciato di incrociare le braccia. Se arrivasse la copertura dello scudo penale - una misura già adottata ai tempi del Covid -, potrebbero essere superate le resistenze della categoria (e anche le perplessità di una parte del governo). La richiesta di depenalizzare i reati colposi dei camici bianchi commessi nell'esercizio della loro professione arriva dai sindacati Anaoo Assomed e Cimo ed è stata raccolta in particolare dall'esponente di Forza Italia Annarita Patriarca che siede in Commissione Giustizia a Montecitorio e da Luciano Ciocchetti di FdI, vicepresidente della Commissione Affari sociali di Montecitorio. Aprirebbe le porte ad un regime transitorio in attesa di una riforma strutturale sulla responsabilità dei medici allo studio al ministero della Giustizia che ha istituito da quasi un anno una commissione di esperti per affrontare la materia. «È una norma ordinamentale - spiega la forzista Petrenga - che ovvia-

mente non comporta spese economiche ma serve a dare certezze ai medici e a farli sentire più tutelati nell'esercizio della loro professione». Aggiunge Ciocchetti: «In questo modo risolveremo un problema che ha ricadute enormi sulla qualità e sul costo del servizio sanitario nazionale».

## LE MODIFICHE

Un anno, dunque, per arrivare ad una riforma che limiti la responsabilità penale dei medici solo alla colpa grave. Si punta a modificare l'articolo 590-sexies del codice penale. La mozione della maggioranza impegnava il governo «ad assumere ogni iniziativa volta a riformare la disciplina della responsabilità medica», bilanciando «l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie e ingiuste con la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di negligenza medica». Tra le richieste quella di intro-

dure, accanto al ricorso alla via giudiziaria, un sistema di risoluzione "alternativo" delle controversie: la maggior parte delle richieste di risarcimento riguarda l'attività chirurgica (38,4%), omesse o errate diagnosi (20,7%), errori terapeutici (10,8%), infezioni nosocomiali (6,7%). L'obiettivo è limitare la responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria, prevedendo «peculiari fattispecie di esenzione» della responsabilità «non solo nei casi in cui la condotta professionale sia coerente rispetto alle evidenze scientifiche disponibili, ma anche quando sussistano condizioni di lavoro caratterizzate da carenze strutturali ed organizzati-

**Emilio Pucci**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INIZIATIVA DEI  
PARLAMENTARI  
CIOCCHETTI (FDI)  
E PETRENGA (FI)  
IL TAVOLO CON  
LA GIUSTIZIA

## LE PROTESTE DEI CAMICI BIANCHI

Negli anni sono state decine le manifestazioni dei medici per richiedere maggiori tutele e la sburocrazia della professione. In foto una protesta a Milano nel 2022



## I contenziosi medici

**300mila**

cause per presunte colpe mediche nei tribunali

**600**

cause circa ogni anno



assoluzioni

**10 miliardi**

i costi per la sanità difensiva

**4 anni circa**

per una causa, civile o penale



dei casi finiscono con una mediazione

Withub



# Il segnale dopo le proteste dei medici: l'ipotesi dello scudo penale di un anno

## Nel Milleproroghe

In arrivo un emendamento  
per disinnescare i nuovi  
scioperi previsti a febbraio

**Marzio Bartoloni**

Uno scudo penale di almeno un anno, il tempo necessario per varare una riforma complessiva della colpa medica che pende come una spada di Damocle sulla testa dei camici bianchi contro i quali ogni anno vengono intentate oltre 35 mila cause che però nel 97% dei casi si risolvono in un nulla di fatto.

Questa l'ipotesi a cui sta lavorando la maggioranza - in particolare Fratelli d'Italia e Forza Italia - che si dovrebbe concretizzare in un emendamento da presentare al decreto Milleproroghe appena incardinato alla Camera (la scadenza per presentarli è il prossimo venerdì). Lo scudo penale per i sanitari è stato già sperimentato nei mesi duri della pandemia proprio per difendere dalle azioni legali i sanitari impegnati nel curare i pazienti contagiati dal Covid: in pratica prevede la depenalizzazione dei reati colposi commessi nell'esercizio dell'attività professionale, restando però sempre in piedi la possibilità del ristoro economico per i danni subiti dai pazienti. Ora anche forte delle richieste che arrivano dalla categoria il Parlamento si sta muovendo: dopo aver approvato giovedì scorso delle mozioni per chiedere tra le altre cose al Governo di limitare la responsabilità penale dei medici, l'intenzione è quella di inserire subito nel Milleproroghe questa misura per la

durata di un anno. Il tempo necessario per poter varare una riforma della colpa medica a cui sta lavorando da quasi un anno anche una commissione di esperti nominata dal ministro della Giustizia Carlo Nordio che dovrebbe finire suoi lavori il prossimo aprile. «Lo scudo penale di un anno ci consentirebbe di avere il tempo necessario per fare una riforma della colpa medica su cui anche in Parlamento abbiamo aperto diverse riflessioni. Ma soprattutto restituirebbe un po' di serenità a una categoria in forte fibrillazione», conferma Luciano Ciocchetti (Fdi) vicepresidente della Commissione Affari Sociali.

In effetti dopo gli scioperi di dicembre contro la manovra i medici sono ancora sul piede di guerra e hanno in calendario altre proteste a febbraio, ma già l'arrivo dello scudo penale potrebbe fargli cambiare idea: «Sarebbe un segnale positivo per sedersi e confrontarsi con il Governo per avviare un percorso che valorizzi finalmente la nostra professione», spiegano al Sole 24 Ore Pierino Di Silverio e Guido Quici, i due segretari dei sindacati dei medici, Anaa Assomed e Cimo Fesmed. Che sottolineano come siamo «tra i pochissimi paesi, insieme soltanto a Polonia e Messico, a sanzionare penalmente l'errore medico».

La futura riforma della colpa medica dovrebbe limitare - secondo le

prime ipotesi - la responsabilità penale dei medici solo alla colpa grave con possibili esenzioni in caso la condotta del medico sia fedele alle evidenze scientifiche disponibili o ci siano condizioni di lavoro caratterizzate da carenze strutturali e organizzative. Oggi si contano in media 35.600 nuove azioni legali all'anno che si risolvono a favore dei sanitari nel 97% dei casi a livello penale e nel 70% nel civile. Il timore delle cause provoca anche il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva: un eccesso di prescrizione di visite ed esami che costa circa 10 miliardi l'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RIFORMA  
**Lo scudo  
penale  
dovrebbe dare  
il tempo  
di poter varare  
una riforma  
della colpa  
medica**



**LUCIANO  
CIOCCHETTI**  
Deputato Fdi  
e vicepresidente  
commissione  
Affari Sociali  
della Camera





12 gen  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

## Lo scudo penale per i sanitari: ipotesi ben accolta dai medici ma da "maneggiare con cura"

di Claudio Testuzza

La Camera dei deputati ha approvato una mozione della maggioranza con cui il Parlamento si impegna, con ogni iniziativa di competenza, anche di carattere normativo, nel salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie arbitrarie così come di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengono danneggiati da episodi di negligenza medica. L'Esecutivo viene chiamato anche a "limitare la responsabilità penale dell'esercente la

professione sanitaria". L'introduzione di uno scudo penale e la depenalizzazione dell'atto medico sono richieste e proposte dalla Federazione degli Ordine dei medici e dalle Organizzazioni sindacali e portate avanti da tempo. Infatti sono 300mila le cause per presunta colpa medica che giacciono nei Tribunali e 35mila le richieste di risarcimenti con gravi conseguenze sulla vita professionale e privata del medico ingiustamente accusato: il 90 % delle cause finisce in assoluzione accusato. Sulla questione, nel corso degli ultimi 11 anni, sono intervenute dapprima la legge Balduzzi provando a introdurre il concetto di colpa lieve. Poi, in maniera più articolata, è stata la legge Gelli a introdurre diverse novità sia ambito di giurisprudenza civile che penale.

Ultimamente una Commissione istituita dal ministero della Giustizia sta valutando la possibilità di estendere l'operatività di un così detto "scudo penale" per i sanitari, cioè la depenalizzazione dei reati colposi commessi nell'esercizio della loro attività professionale.

L'ipotesi al vaglio, in altri termini, consentirebbe ai pazienti il ristoro economico delle loro pretese dinanzi al giudice civile senza però condurre il sanitario dinanzi al giudice penale, dove rischierebbe una pena più grave e afflittiva.

Questa proposta normativa è stata accolta positivamente dal comparto dei medici e del personale sanitario. Appare opportuno porsi alcuni interrogativi per evidenziare gli aspetti più implicanti che dovrebbero essere considerati nel dibattito in essere.

In primo luogo, è davvero escluso che il sanitario possa essere coinvolto in un procedimento penale alla luce della norma in parola?

Occorre soffermarci sul fatto che, verosimilmente, la responsabilità medica sarebbe esclusa solo nel caso di colpa giudicata non grave. Sembra evidente che le ipotesi di dolo e colpa grave non possano essere coinvolte dalla norma. Proprio il riferimento alla colpa grave, però, non esclude automaticamente il fatto che il sanitario possa comunque ritrovarsi imputato e dover difendere il proprio operato e giustificare le scelte mediche fatte, al fine di includere l'evento nella sfera della mera colpa. Difatti, nel nostro ordinamento la colpa grave non trova luogo in norme penali ma è tratta dal codice civile



ed è oggetto di interpretazione giurisprudenziale. Quindi, non essendo la colpa grave normata, ogni singolo fatto potrà essere analizzato dal Pm e dal Giudice per valutare se si versi in una situazione di colpa generica o di colpa grave.

In questa situazione, allora, è certo che un evento oggetto di denuncia che coinvolga il sanitario sarà sottoposto al vaglio delle indagini, quantomeno per verificare i termini del rimprovero che si possa muovere al medico e giungere ad escludere la procedibilità in caso di colpa non diversamente qualificata.

In secondo luogo, l'esclusione dal processo penale della vicenda che coinvolge paziente e sanitario è effettivamente una garanzia per il sanitario?

È indubbio che il paziente che si ritenga lesa dalla condotta colposa del medico potrà continuare ad adire il giudice civile per ottenere il dovuto ristoro alle sue pretese e in ciò sta la pericolosità di un accertamento che prescinde dalla giurisdizione penale. Infatti, il processo penale per sua natura consente una ponderazione ed un accertamento dei fatti molto approfondito, che anche sotto il profilo dei tempi ha una minore durata. Pertanto, il sanitario rischia, ugualmente, di affrontare un giudizio, sebbene in sede civile, molto lungo e con possibilità di approfondimento probatorio minore. Tale situazione potrebbe determinare l'accesso a procedure transattive ritenute meno defatiganti e incerte, anche a fini deflattivi del giudizio.

In terzo luogo, la norma in esame quali fini concreti si prefigge e che conseguenze può avere nel rapporto medico/paziente?

Avere bisogno di una norma del genere, per la categoria interessata, può portare a far credere che l'incidenza e il rischio di errore sia davvero alto e del tutto avulso dal normale rischio medico, cioè che sia connesso molto di più all'incapacità e alla mancanza di aggiornamento del medico di quanto invece lo sia al rischio ineliminabile proprio di ogni atto medico. Questo, non può che nuocere al rapporto fra paziente e sanitario e, si può pensare, che possa del pari nuocere anche al rapporto fra i medici delle varie strutture del Paese. Inoltre, ammettere che tale previsione normativa è introdotta per far fronte alla carenza di personale dimostra che si cerca una soluzione a un problema organizzativo senza minimamente risolverlo, incidendo soltanto sugli effetti finali eventuali e non sul buon funzionamento del sistema sanitario in generale. Anche in questo caso, il messaggio che potrebbe passare è che l'attuale condizione di "sotto organico" determina per i pazienti rischi che prescindono dalle reali capacità professionali dei sanitari, impegnati eccessivamente proprio per la carenza di personale, creando una sorta di livellamento professionale verso il basso dell'intera categoria, generalizzando il giudizio negativo a prescindere dalle effettive capacità del singolo. Sotto questo profilo, la tutela giudiziaria per i medici da un lato costituisce certamente un giusto contrappeso alle attuali condizioni lavorative ma rischia di trasformarsi in un intervento palliativo qualora non incida sulla soluzione dei problemi concreti né sulla comunicazione fra sanitari e platea dei pazienti. È necessario che la mozione si traduca in azioni concrete ed efficaci, che sfocino in un provvedimento lungamente atteso, che porti l'Italia al passo degli altri paesi europei, depenalizzando l'atto medico, fermo restando il diritto dei cittadini a un giusto e rapido risarcimento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



12 gen  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Responsabilità penale dei medici, Silvestro Scotti (Fimmg): «Bene la mozione approvata alla Camera, ora si traduca in un celere cambiamento»

«Un primo importante passo verso un sistema che riduca il ricorso alla medicina difensiva e favorisca invece il recupero del rapporto fiduciario medico-paziente. Passaggio essenziale e non più procrastinabile in un Paese che ogni anno vede intentate ai danni di medici più di 35.600 nuove azioni legali che, tuttavia, nel 97% dei casi sono del tutto infondate». Lo dice Silvestro Scotti, segretario generale Fimmg, che commenta con favore l'approvazione alla Camera delle mozioni sulla responsabilità professionale volte ad introdurre una serie di paletti alla responsabilità penale dei medici. Con 252 voti a favore e 35 contrari, la mozione di maggioranza impegna il Governo a modificare il codice penale in materia di responsabilità medica e prevede, fra l'altro, anche l'impegno - su cui il Governo ha reso parere favorevole - a introdurre, accanto al ricorso alla via giudiziaria, un sistema di risoluzione alternativa delle controversie. Il leader Fimmg ringrazia il Governo per essersi impegnato su un tema tanto importante e sottolinea l'esigenza di completare il cambiamento in atto nel più breve tempo possibile attraverso l'adozione di un provvedimento a lungo atteso dalla professione. «I costi dell'attuale caccia all'errore medico sono altissimi - evidenzia Scotti - il ricorso alla medicina difensiva si traduce, infatti, in un enorme spreco di risorse pubbliche e ricade in ultima istanza sui medici di medicina generale, costretti ad infiniti adempimenti burocratici che inevitabilmente sottraggono ore di visite ai propri assistiti». Da Fimmg anche la constatazione di come l'attuale sistema tenda a inasprire il rapporto medico-paziente, alimentando in alcuni casi anche fenomeni di aggressione ai danni dei sanitari. «I medici di famiglia - continua Scotti - si difendono attraverso il rapporto di fiducia con gli assistiti, ma molti casi di violenza ai quali purtroppo assistiamo sono legati a tutti i lacci e laccioli burocratici e ad un clima che l'attuale codice penale non aiuta a distendere». Di qui il peso della medicina difensiva, che rischia spesso di tradursi in richieste improprie. Ancora una volta la soluzione può arrivare proprio dalla medicina generale. «Mettere in condizione i medici di famiglia di attrezzare i propri studi con apparecchiature diagnostiche di primo livello - prosegue Scotti - aiuterebbe a ridurre enormemente ogni spreco e a migliorare l'appropriatezza delle cure. Sono anni che ci battiamo per questo, e abbiamo anche ottenuto che la nostra proposta venisse finanziata con 235 milioni di euro che, stanziati, non sono mai stati spesi». L'auspicio del segretario generale di Fimmg è che ora si proceda a passo spedito nella direzione del riequilibrio della responsabilità penale dei medici e che si punti con maggior forza sull'apporto che solo gli studi dei medici di medicina generale possono garantire. «Un fondamentale contributo per raggiungere quest'obiettivo - conclude Scotti - potrà arrivare poi anche dalla Commissione per lo



studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica istituita dal ministro Nordio e presieduta dal magistrato Adelchi d'Ippolito, che ha anche avuto la sensibilità di convocarci in audizione come Fimmg per la Medicina generale, e che ci auguriamo possa presentare al più presto le sue conclusioni; solo con un importante lavoro svolto di concerto tra tutte le forze in campo si potrà raggiungere l'obiettivo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---



**RR** L'intervista **Orazio Schillaci**

# «Più specializzandi in corsia Beneficenza, nuove regole»

► Il ministro della Sanità: «Chiamare il proprio medico di base prima di andare al pronto soccorso. Stipendi più alti e sblocco del turn-over per impedire la fuga dei camici bianchi»

**M**inistro Schillaci, scusi il giro di parole. Ma qual è ad oggi lo stato di salute della Sanità italiana?

«È in fase di cura ricostituente. Ho trovato un sistema ingolfato dopo anni di tagli e disorganizzazione. Non siamo rimasti a guardare. La salute è tornata al centro dell'agenda di governo: abbiamo aumentato le risorse, come mai avvenuto in passato, con oltre 11 miliardi nel triennio per il Fondo sanitario nazionale. In questo modo potremo aumentare gli stipendi del personale e ridurre le liste d'attesa.

**Parliamo di Covid: ultimamente la curva si è di nuovo abbassata, dopo un periodo in cui il virus sembrava rialzare la testa. Cosa sta facendo il governo per contrastarlo?**

«La situazione è assolutamente sotto controllo. Monitoriamo costantemente l'andamento del virus. I dati dell'ultimo bollettino settimanale indicano un calo dei contagi, dei decessi e dei ricoveri ospedalieri. Come per l'influenza, è disponibile il vaccino: abbiamo anticipato la distribuzione alla fine di settembre ed è stato consegnato alle Regioni, anche quello proteico».

**Crede che ci sarà bisogno di un ritorno alle mascherine per tutti, magari nei luoghi al chiuso (trasporti, centri commerciali etc)?**

«C'è un'ordinanza che prevede l'uso delle mascherine nelle strutture sanitarie all'interno dei reparti che ospitano pazienti fragili, anziani o immunode-

pressi, specialmente se ad alta intensità di cura, identificati dalle direzioni sanitarie. I medici di famiglia possono decidere per gli accessi agli ambulatori. In generale, ritengo debba prevalere il buon senso e la responsabilità di ognuno di noi: se ho sintomi influenzali o simil influenzali, evito di far visita ai nonni anziani o a persone fragili. E se proprio c'è necessità di farlo, ad esempio per assisterli, è bene proteggerli».

**Intanto però, ci sono altre emergenze. In particolare c'è un allarme sui pronto soccorso al collasso per l'aumento di accessi per influenza. È anche un problema di vaccinazioni a rilento, come dicono ad esempio gli oncologi. Cosa fare?**

«Stiamo vivendo, come già accaduto altre volte in passato, una stagione intensa con una elevata circolazione di virus respiratori. Sono sicuro che molti pazienti, ai primi sintomi, non hanno chiamato il loro medico di famiglia. È qui l'errore. Non sempre è necessario andare in pronto soccorso e soprattutto senza essersi consultati prima con chi può darci i consigli giusti. Riguardo le vaccinazioni, ad aprile è partita la campagna alle Regioni per la campagna autunnale di vaccinazione dai primi di ottobre. A novembre le abbiamo sollecitate a potenziare l'offerta vaccinale coinvolgendo anche la rete spe-

cialistica sia a livello ospedaliero che territoriale per facilitare la tempestiva adesione dei pazienti alle campagne vaccinali, fermo restando il contributo dei dipartimenti di prevenzione, dei medici di famiglia e pediatri e delle farmacie.

Ribadisco anche qui che è sempre importato proteggersi, specialmente anziani e fragili».

**Come è possibile, attraverso misure governative, evitare la fuga dei medici dai Pronto soccorso, fenomeno particolarmente evidente dall'esplosione del Covid nel 2020 in avanti?**

«Valorizzandoli molto di più. Lavorare in pronto soccorso comporta grandi sacrifici e per questo a maggio abbiamo approvato norme sulle indennità di pronto soccorso, aumentato le tariffe del lavoro straordinario, incentivato l'impiego degli specializzandi e inasprito le pene per chi aggredisce operatori sanitari. Sono i primi passi ma non gli unici per scongiurare l'allontanamento di medici e infermieri dai pronto soccorso, e incentivare i giovani laureati a scegliere la specializzazione in emergenza-urgenza. Il potenzia-



mento dell'assistenza territoriale, attraverso le case di comunità e gli ospedali di comunità, consentirà ulteriormente di alleggerire la pressione sugli ospedali e fare in modo che il personale possa lavorare con minori livelli di stress».

**Altro tema annoso. Le aggressioni al personale medico da parte dei parenti dei pazienti. Servono più presidi di polizia**

**negli ospedali?**

«Oltre alle misure di sicurezza, con il ministro Piantedosi siamo intervenuti aumentando i presidi di polizia. Ma c'è anche un problema di natura culturale. Per questo ho promosso campagne di sensibilizzazione, insieme alle federazioni e le associazioni di categoria, affinché i cittadini comprendano che il medico e l'infermiere del pronto soccorso, e più in generale i camici bianchi, sono alleati dei pazienti: si prendono cura delle persone e non meritano di essere aggrediti, né fisicamente né verbalmente. Troppo spesso, poi, sono donne le vittime di queste aggressioni. È intollerabile».

**C'è un altro argomento particolarmente sentito da una specifica categoria di medici. Crisi di vocazione, contenzioso legale e paghe troppo basse fanno sì che ci siano sempre meno chirurghi. Anche qui: come intervenire per evitare, in futuro, problemi di funzionamento delle sale operatorie?**

«C'è un problema di attrattività di alcune specializzazioni mediche. Abbiamo dato un primo segnale sugli stipendi con 2,4 miliardi per i rinnovi dei contratti del personale sanitario. Non sarà l'unico. In merito alla responsabilità sanitaria, credo che siano maturi i tempi per intraprendere la via della depenalizzazione dell'atto medico, a esclusione del dolo, mantenendo la responsabilità civile. Ricordo che la maggior parte delle cause si risolve nell'assoluzione. E' un tema di cui, come Governo, ci stiamo occupando e verso cui anche il Parlamento ha mostrato sensibilità con la mozione di maggioranza approvata alla Camera».

**Sulla Sanità la competenza è regionale. Ma serve un maggiore coordinamento con lo Stato centrale, visto che a volte i territori sembrano andare per conto loro?**

«Vogliamo migliorare la governance del sistema e stringere un nuovo "patto" con le Regioni e con i cittadini, superando la logica negoziale dei patti della salute, attraverso un Nuovo Piano Sanitario Nazionale che contenga obiettivi strategici, priorità, linee di azione, risorse da mettere in campo e tempi per la loro realizzazione. Abbiamo un rapporto costante di dialogo con le Regioni e siamo sempre pronti a dare il sostegno necessario per rispondere ai bisogni di salute delle persone in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Come ho detto più volte, però, occorre che le Regioni spendano be-

ne i fondi e migliorino i modelli organizzativi. Su questo vigileremo con attenzione, nel rispetto della loro autonomia».

**Il caso Ferragni-pandoro ha aperto un filone di discussione, e la riflessione sulla necessità di una maggiore regolamentazione. C'è bisogno, secondo lei, di un'autorità per quanto riguarda le donazioni benefiche, che spesso toccano anche strutture sanitarie?**

«La beneficenza è una cosa seria, specialmente quando interessa strutture sanitarie. Certamente la previsione di regole può aiutare».

**In conclusione, visto che siamo all'inizio dell'anno. C'è un obiettivo che vorrebbe realizzare entro la fine del 2024?**

«C'è più di uno obiettivo: aumento dell'indennità di specificità medica e sanitaria; eliminare i tetti spesa per le assunzioni di personale; utilizzare di più gli specializzandi nei reparti dove c'è maggiore bisogno. Sono tutte misure che si aggiungono a quelle già adottate in questo primo anno e che puntano a rendere più attrattivo il lavoro nel servizio sanitario pubblico, sopperire alla carenza di personale e ridurre le liste d'attesa».

**Ernesto Menicucci**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SULLE MASCHERINE  
DEVE PREVALERE  
IL BUON SENSO:  
SE HO SINTOMI, MEGLIO  
EVITARE DI VISITARE  
ANZIANI E FRAGILI**

**SERVE UN PATTO  
CON LE REGIONI:  
UN NUOVO PIANO  
SANITARIO NAZIONALE  
CON GLI OBIETTIVI  
DA RAGGIUNGERE**

**LE DONAZIONI  
SONO UNA COSA  
SERIA, SPECIALMENTE  
NEL NOSTRO MONDO:  
LA REGOLAMENTAZIONE  
È NECESSARIA**

**TROPPO SPESO SONO  
LE DONNE AD ESSERE  
AGGREDITE IN CORSIA:  
È INACCETTABILE  
I DOTTORI SONO AMICI  
DEI PAZIENTI**





**12** gen  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Fnopi: bene le mozioni approvate alla Camera su carenza organici e responsabilità professionale

La FNOPI accoglie con favore le mozioni sulla responsabilità professionale e sulla carenza di organici, presentate da diverse forze parlamentari e approvate dalla Camera. In questa delicata fase è infatti importante portare all'attenzione del Governo il tema della tutela dei professionisti sanitari nella loro azione quotidiana, in attesa dell'approvazione dei decreti attuativi previsti dalla legge 24/2017.

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professioni Infermieristiche, nel perseguimento di un costante monitoraggio e miglioramento della sicurezza delle cure, ritiene necessario focalizzare alcuni punti sostanziali, emersi anche durante la recente audizione alla XII Commissione della Camera:

- 1) il coinvolgimento diretto e costante del Cittadino-Persona Assistita al suo percorso di cura, anche in ottica di co-costruzione dello stesso e come elemento ulteriore di garanzia della sicurezza delle cure erogate;
- 2) la definizione in ottica di processo della tematica inerente al consenso/dissenso informato, dove lo stesso venga giuridicamente raccolto dal Professionista titolare del processo specifico, gestore e responsabile diretto dell'azione sanitaria;
- 3) sviluppo tempestivo ed efficace dei bundle, come strumento driver di evidenza e scriminante ai sensi dell'art. 590-sexsies;
- 4) miglioramento della cultura della gestione del rischio in ambito sanitario, con l'implementazione di corsi di formazione obbligatori e mirati, ai fini dell'assolvimento del debito formativo ECM;
- 5) implementazione diffusa e capillare di strumenti informatici, in totale sostituzione della documentazione cartacea, come elemento di garanzia e sicurezza delle informazioni trasmesse;
- 6) incentivare l'adozione di modelli organizzativi infermieristici che promuovono la sicurezza delle cure come il See and Treat-Fast track e la pianificazione assistenziale, come il Primary Nursing.

La FNOPI conferma la propria disponibilità alle istituzioni per fornire i contributi necessari alla "messa a terra" dei contenuti enunciati dalle mozioni approvate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**12** gen  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Enpam: congratulazioni a Bellantone nuovo presidente dell'Iss

di Radiocor Plus

L'Enpam si congratula con il professor Rocco Bellantone per l'elezione a presidente dell'Istituto superiore di sanità. "Le sue competenze e la sua esperienza in campo accademico - ha dichiarato il presidente dell'Enpam, Alberto Oliveti - saranno motivo di crescita per l'Iss". Oliveti augura buon lavoro al neo eletto presidente ricordando che Enpam ha avviato una collaborazione tecnico-scientifica con l'Iss. "Da più di un anno infatti - ha proseguito Oliveti - l'Istituto, che da oggi sarà guidato da Bellantone, ha firmato un accordo per l'utilizzo della piattaforma digitale Tech2Doc realizzata da Enpam, per garantire a tutti i medici e a tutti gli odontoiatri un'adeguata formazione sui temi della telemedicina e della sanità del futuro".



© RIPRODUZIONE RISERVATA



**12** gen  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Cybersicurezza. protocollo di intesa tra Mef, Consip e Agenzia nazionale

di Radiocor Plus

Ministero dell'Economia, Agenzia per la Cybersicurezza nazionale e Consip hanno siglato un protocollo d'intesa per rafforzare la cooperazione nel campo della sicurezza informatica, con particolare riferimento alla protezione del sistema di e-procurement nazionale. Un'intesa necessaria e urgente in vista dell'entrata in vigore delle norme sulla digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici, dove assume rilievo centrale la piattaforma di e-procurement del Mef, gestita da Consip, qualificata come "infrastruttura critica di interesse nazionale". Obiettivo prioritario del protocollo è il supporto dell'Agenzia nello sviluppo delle strategie per la migliore protezione del sistema e dell'intero patrimonio informativo di Consip. La collaborazione si estende allo scambio di dati, informazioni, analisi in materia di cybersecurity. L'intesa, di importanza cruciale per la sicurezza della Pa è stata siglata fra l'amministratore delegato di Consip Marco Mizzau, il direttore generale del Mef Susanna La Cecilia e il direttore generale dell'Agenzia Bruno Frattasi.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Oms: «Il Covid non va dimenticato Fa ancora 10mila morti al mese»

## IL CASO

ROMA «La nostra preoccupazione è cosa vedremo tra 5, 10 o 20 anni» in chi ha contratto il Covid «in termini di danni cardiaci, polmonari o neurologici. Ancora non lo sappiamo», perché «anche se siamo entrati nel quinto anno di pandemia c'è ancora molto che non conosciamo di questo virus».

A rinnovare ancora una volta il monito già scandito da decine e decine di medici e ricercatori di tutto il mondo, è stavolta l'Organizzazione mondiale della sanità. Nella consueta conferenza stampa di aggiornamento sulla diffusione del Sars-Cov2 Maria Van Kerkhove, direttore Epidemic & Pandemic Preparedness and Prevention dell'Organizzazione mondiale della Sanità, ha ricordato come, al di là della percezione nettamente diversa rispetto anche solo a un anno e mezzo fa, il virus resta «una minaccia per la salute globale e sta causando troppi oneri», quando invece «possia-

mo prevenirlo» grazie ai vaccini. Per di più «continua a evolversi» e «dopo due anni di Omicron», la famiglia di varianti a cui appartengono le attuali "versioni" del patogeno, «abbiamo un virus che continuerà a cambiare mentre lo lasciamo circolare rapidamente». Anche se il numero di decessi si è ridotto drasticamente dal picco raggiunto un paio di anni fa «abbiamo ancora circa 10mila morti al mese e questi - ha precisato la stessa Van Kerkhove - sono solo i dati che arrivano da 50 Paesi».

## I DATI

Non a caso nei giorni scorsi l'esperta ha evidenziato, con un post pubblicato sui i suoi profili sui social network, come «purtroppo alla fine del 2023 abbiamo superato i 7 milioni di decessi per Covid segnalati all'Oms», puntualizzando però che «il vero bilancio delle vittime è più alto, con stime» che sostengono come il numero reale restituirebbe cifre «oltre 3 volte più alte a livello globale».

Non cambiano però i consigli destinati ai cittadini dall'Organizzazione mondiale

della sanità. A tutti si ricorda dunque di «limitare l'esposizione» al virus «il più possibile, fare test, usare la mascherina, ventilare» gli ambienti, «fare vaccini e richiami». Allo stesso modo in caso di infezione o reinfezione, «limitare i contatti con gli altri, indossare la mascherina, ventilare» gli ambienti «per prevenire la diffusione, chiedere assistenza medica».

L'appello ai governi invece, sempre meno prudenti rispetto al virus che causato la pandemia, è di «mantenere la sorveglianza, il sequenziamento e la segnalazione», nonché di garantire «l'accesso a dispositivi di protezione individuale, test, farmaci e vaccini affidabili».

**F. Sor.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**7**  
I milioni di decessi Covid certificati dall'Oms. Secondo le stime però sarebbero almeno il triplo





# «Influenza per tutto febbraio e in pochi si vaccinano» Pronto soccorso sotto stress

## IL FOCUS

ROMA L'accoppiata influenza-Covid non sta mettendo Ko solamente milioni di italiani ma anche svelando i cronici problemi della nostra sanità. «Da diverse settimane si assiste al fenomeno dell'aggravarsi del caos nei nostri sistemi di emergenza», denuncia la Foce (Confederazione degli oncologi, cardiologi ed ematologi), parlando di pronto soccorso «da incubo» e di corsie ospedaliere «sotto assedio, con molte centinaia di pazienti in attesa di trasferimento in reparti di degenza ordinaria o di terapia intensiva». Per la Foce, il Covid «continua a circolare a livelli elevati ed il carico di malattia che determina si è andato ad aggiungere a quello di un'influenza, quest'anno particolarmente contagiosa ed aggressiva». Secondo l'Iss (Istituto superiore di sanità), invece, la situazione attuale nel complesso «rientra nell'alternarsi di intensità annuale delle stagioni di trasmissione dei virus respiratori». Inoltre, «anche il periodo in cui si è verificato il picco non presenta anomalie» ma è «in linea con quanto riportato da altri paesi europei».

Per capirne di più, occorre quindi partire da qualche dato. Negli ultimi giorni, secondo alcuni report, il numero degli accessi al pronto soccorso per influenza è aumentato del 20-30%.

## I NUMERI

I dati dicono che l'incidenza delle sindromi cosiddette simil-influenzali in Italia è «alta», ossia pari a 17,5 casi per mille assistiti. Nella casistica rientrano le varie influenze e il Covid, ma il ceppo prevalente è quello dell'H1N1, che viene per errore chiamato «influenza suina». In realtà, spiega il virologo Fabrizio Pregliasco, «non è un virus di origine animale adattatosi all'uomo ma un virus umano che è stato rimescolato con altri all'interno di un animale. E comunque si tratta di un virus che circola da anni e quindi ben conosciuto, tanto da essere coperto dall'attuale vaccino antinfluenzale».

I numeri, afferma Pregliasco, dicono che «il picco dell'influenza è stato superato» nell'ultima settimana del 2023, «ma la stagione influenzale è tutt'altro che finita. I virus ci terranno compagnia almeno fino alla metà di febbraio». Finora sono 6,7 milioni gli italiani colpiti da influenze (un milione solo nella prima settimana di gennaio). «La peggiore influenza degli ultimi 15 anni», prosegue Pregliasco, secondo cui adesso siamo solo a metà del guado e alla fine «arriveremo a un totale di 14-15 milioni di casi». Covid e influenza stagionale hanno ovviamente impatti diversi: il primo fa più di 300 morti a settimana di media, gli altri ceppi molti meno. Ma insieme mettono in difficoltà il sistema sanitario, sottolinea Filippo Anelli, presidente dell'Ordine nazionale dei medici, secondo cui «i nostri ospedali e pronto soccorso sono oggi in

difficoltà, come lo sono sempre stati di fronte a questi picchi di contagi. Se prendiamo i dati pre-Covid il problema era lo stesso. Ma il sistema si deve riorganizzare prima delle ondate, non si può lavorare solo in fase emergenziale. I dati dicono che si ammalano di più i bambini degli anziani, proprio perché i primi sono meno vaccinati».

## LA CAMPAGNA

In effetti, nel mezzo della pandemia da Covid, l'aspettativa era quella di non ricadere negli errori del passato. A cominciare

dalle campagne di vaccinazione, i cui numeri invece «per l'influenza "comune" sono tornati sui livelli pre-Covid, quando eravamo sotto il 50 per cento per gli ultra 65enni», continua Anelli. Insomma, nonostante la pandemia, poco è cambiato. Per questo, il giudizio sulla campagna vaccinale «non è positivo: ma oltre a mettere a disposizione i vaccini abbiamo bisogno di una comunicazione diversa, per far sì che la società lo senta come bisogno. D'altronde, con tanti lavoratori che si ammalano c'è anche un danno economico». Mentre sul fronte del Covid, grazie alla vaccinazione diffusa, «chi ha serie complicanze oggi sono più che altri gli ultra80enni. Ma il consiglio per tutti è di fare il richiamo. Come medici saremmo già contenti se almeno tutti gli ultra60enni lo facessero».

**Gianluca Carini**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PREGLIASCO: IL PICCO È STATO SUPERATO A FINE DICEMBRE MA SOLTANTO METÀ DELLA PLATEA SI È IMMUNIZZATA**

**L'ALLARME DEGLI ONCOLOGI SULLA TENUTA DEL SISTEMA: STRUTTURE IN DIFFICOLTÀ ANCHE PER I CASI DI COVID**

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



**12** gen  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

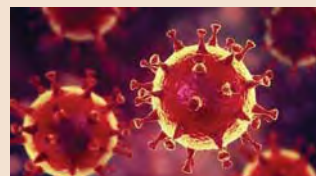
DAL GOVERNO

S  
24

## Covid: frenano contagi a -46% e tasso positività (-6,7%), cala occupazione ospedali. Vaia: «Risultati da consolidare proteggendo i più fragili con i vaccini»

di Radiocor Plus

Nella settimana 4-10 gennaio si sono registrati 20.945 nuovi contagi per Covid-19, pari a -45,9% rispetto alla settimana precedente, rilevati con 226.569 tamponi effettuati (-6,6%) e per un tasso di positività al 9,2% con una variazione di -6,7% rispetto alla settimana precedente (16%). I decessi sono stati 355, pari a -4,3% rispetto alla settimana prima quando ne erano stati comunicati 371. Lo comunica il ministero della Salute, secondo cui il tasso di occupazione in area medica al 10 gennaio è pari all'8,2% (5.131 ricoverati), rispetto al 10,1% (6.320 ricoverati) del 3 gennaio, mentre alla stessa data il tasso di occupazione in terapia intensiva è al 2,4% (213 ricoverati) rispetto al 2,8% (246 ricoverati) sempre del 3 gennaio. «I dati di questa settimana - commenta il Direttore generale della Prevenzione sanitaria del ministero, Francesco Vaia - evidenziano una ulteriore frenata della diffusione del Covid, che si riflette anche sulla riduzione del tasso di occupazione delle strutture ospedaliere, sia in area medica che in terapia intensiva. Un risultato che dobbiamo consolidare, continuando a proteggere i più fragili attraverso la vaccinazione che, ricordiamo, è possibile ricevere contemporaneamente a quella anti-influenzale, particolarmente importante visto l'andamento delle ultime settimane. Siamo ancora in tempo. Rinnoviamo l'invito alle Regioni, in particolare modo a quelle che più fanno fatica, a mettere in campo ogni azione organizzativa e di comunicazione, soprattutto sul territorio, per evitare il sovraffollamento delle aree di emergenza ospedaliera».



© RIPRODUZIONE RISERVATA



**12** gen  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Influenza/ Iss: l'incidenza scende ma resta ancora alta, circolazione sostenuta nelle prossime settimane

In netto calo, ma sempre nella fascia di intensità alta, il numero di casi di sindromi simil-influenzali (ILI) in Italia. Nella prima settimana del 2024, infatti, l'incidenza è scesa a 16,5 casi per mille assistiti, mentre nella settimana precedente si era raggiunto il picco con 18,3 (dato aggiornato rispetto a quello diffuso la scorsa settimana a seguito dei ritardi di notifica). Scende anche la proporzione dei campioni positivi ad influenza sul totale dei campioni analizzati (34% vs 46%). Lo affermano i bollettini della sorveglianza RespiVirNet pubblicati oggi.

“Sia i dati epidemiologici che microbiologici sembrano indicare che stiamo superando il picco, anche se è fortemente probabile una circolazione sostenuta anche nelle prossime settimane, facilitata dalla riapertura delle scuole - commenta **Anna Teresa Palamara**, che dirige il dipartimento Malattie Infettive dell'Iss -. Continuiamo a raccomandare pertanto le vaccinazioni per le persone più a rischio, ancora utili in vista della 'coda' della stagione che durerà ancora diverse settimane, e una sana prudenza nei comportamenti. Resta valida la raccomandazione di non assumere antibiotici, inutili in caso di infezioni virali, se non su indicazione del proprio medico, e di recarsi al pronto soccorso solo se strettamente necessario”.

Ecco i dati principali.

### Sorveglianza epidemiologica

● Raggiunto il picco di incidenza di sindromi simil-influenzali (ILI) in Italia nell'ultima settimana del 2023 con un valore di 18,3 casi per mille assistiti. Nella prima settimana del 2024 si osserva, infatti, un netto calo dell'incidenza che è pari a 16,5 casi per mille assistiti (18,3 nella settimana precedente). Si sottolinea che a tale aumento concorrono diversi virus respiratori sebbene predominino quelli dell'influenza (maggiori dettagli nel Rapporto Virologico 2024-01).

● L'incidenza è in netta diminuzione nelle fasce di età pediatriche e maggiormente nei bambini al di sotto dei cinque anni in cui l'incidenza è pari a 33,6 casi per mille assistiti (47,2 nella settimana precedente), stabile negli adulti e anziani.

● Tutte le Regioni/PPAA, tra quelle che hanno attivato la sorveglianza, registrano un livello di incidenza delle sindromi simil-influenzali sopra la soglia basale. Scendono a due le Regioni/PPAA in cui è stata raggiunta la soglia di intensità “molto alta” dell'incidenza (Abruzzo, Sardegna).

● “Anche se è sempre difficile fare previsioni sull'andamento della stagione, un calo così netto fa pensare che il picco sia stato raggiunto - afferma Antonino Bella, responsabile della sorveglianza epidemiologica RespiVirNet e curatore del bollettino epidemiologico -. Sono comunque possibili oscillazioni ‘al rialzo’, soprattutto nei bambini, favorite dalla riapertura delle scuole”.

### Sorveglianza virologica



- Durante la settimana 01/2024, la percentuale dei campioni risultati positivi all'influenza sul totale dei campioni analizzati risulta pari al 34%
  - Tra i virus influenzali, quelli di tipo A risultano largamente prevalenti (99%) rispetto ai virus di tipo B e appartengono per la maggior parte al sottotipo H1N1pdm09.
  - Tra i campioni risultati positivi dall'inizio della stagione, il 19% è positivo per SARS-CoV-2, il 12% per RSV, il 44% per influenza A, mentre i rimanenti sono risultati positivi per altri virus respiratori.
- “I dati virologici confermano che i virus influenzali prevalgono tra quelli respiratori circolanti – afferma Simona Puzelli, responsabile della sorveglianza virologica RespiVirNet e curatrice del report virologico -. In particolare, tra i virus influenzali di tipo A il sottotipo prevalente è H1N1pdm09, che rappresenta il 77,7% di tutti i virus influenzali identificati finora nella stagione 2023-2024”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# «Care Day», l'ora del diritto alle cure

*In 9 Regioni la mobilitazione di associazioni, medici, giuristi e politici per fermare il suicidio assistito*

FRANCESCO OGNIBENE

**N**ove eventi nello stesso giorno in altrettanti consigli regionali, 74 relatori, decine di associazioni del laicato cattolico. Al centro la libertà e la dignità della cura, protagoniste del «Care Day» di giovedì 18 come risposta alla formidabile spinta sulle Regioni perché aprano per legge al suicidio assistito (martedì ne discute il Veneto). Realtà come Movimento per la Vita, Giuristi e Medici cattolici, Centro studi Livatino, Alleanza Cattolica e Ditele sui tetti – tra le altre – hanno allestito eventi nei consigli delle Regioni Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Toscana, Sicilia e Veneto. Una manifestazione senza precedenti.

«Non è corretto enfatizzare solo l'aspetto per cui una norma "lascia fare" – spiega **Domenico Menorello**, portavoce della rete associativa "Ditele sui tetti", tra i registi dell'iniziativa –: il riconoscimento di un "diritto" è una conseguenza di qualcosa che prima è stato affermato come "bene". Perciò una legge che obblighi il Servizio sanitario a una prestazione di morte per chi è malato in realtà dice a tutti i malati che, perduta la piena autodeterminazione, è un "bene" il loro non-vivere. Noi vogliamo invece mostrare come la "cura del dolore" e l'assistenza h24 divengono gesti che riconoscono senso e speranza alla vita sempre, specie nella fragilità. Oggi urgono cure palliative per tutti, ancora un miraggio in Italia. Solo così tutelaremo la vera libertà di ciascuno, come chiede la Corte costituzionale». Le forze politiche spesso si muovono presumendo di intercettare un ipotetico favore della gente verso la "morte a richiesta". **Matteo Forte**, consigliere centrista in Lombardia, pensa invece che «la nostra Costituzione parla della salute come diritto fondamentale del singolo ma anche "interesse della collettività". Una politica che non abbandoni le situazioni sanitarie di malati gravi, integrando sostegni in apposite strutture e a domicilio, e garantisca la conciliazione delle esigenze del nu-

cleo familiare, dà corpo a quell'interesse della collettività, in ogni condizione di vita. Senza che le situazioni più difficili vengano avvertite come un peso o, peggio, qualcosa da scartare attraverso la sinistra affermazione di un presunto diritto a morire».

Il mondo dei medici sinora è rimasto quasi silente, ma c'è chi tra loro ritiene sia giunto il momento per esporsi: «Questo "Care Day" – dice **Matilde Leonardi**, neurologa del "Besta" di Milano – nasce dalla convinzione che oggi domini la domanda sbagliata, ovvero che in caso di malattia inguaribile, disabilità grave, forte sofferenza o dolore ci si debba chiedere se "in nome della mia libertà posso porre fine alle sofferenze tramite il suicidio assistito". L'unica vera domanda è cosa deve fare la società civile davanti a fragilità, malattia, dolore, sofferenza, invecchiamento, davanti a un malato grave che è così anche perché oggi la scienza mi permette nuovi orizzonti di sopravvivenza. La prima risposta non può essere "elimino il malato" dicendogli che può suicidarsi liberamente, ma la garanzia che ogni persona conta in questo Paese e nessuno sarà lasciato solo, nessun caregiver abbandonato, nessun dolore non trattato con farmaci appropriati».

Tra i bioeticisti il dibattito è acceso da tempo: «Con Care Day – dice **Giuliana Ruggieri** presidente dell'Osservatorio di Bioetica di Siena e membro del Comitato nazionale per la Bioetica – vogliamo favorire un reale confronto tra società civile e politica, perché le decisioni siano sostenute dalla conoscenza della realtà e dei veri bisogni». Ora si tratta di decidere «la direzione verso cui orientare per legge il Servizio sanitario». In particolare «le cure palliative non vanno solo legate alla prossimità della morte ma devono coinvolgere tutte le malattie cronico-evolutive, fragilità complesse del paziente anziano, de-

menze. Vogliamo proporre la ragionevolezza della priorità della cura». La Pastorale della salute è nel cuore di questo impegno umanistico: «L'esperienza del dolore e della sofferenza – riflette **Gian Antonio Dei Tos**, responsabile diocesano a Vittorio Veneto – interroga la nostra umanità e il senso della nostra esistenza; soprattutto ci pone la questione della pari dignità fra le persone non discriminabili sulla base dello stato di salute e dell'integrità psicofisica. Il senso della professione medica, di fronte alle malattie inguaribili, va proprio nella direzione del miglioramento della qualità di vita, del controllo dei sintomi e del dolore, dell'accompagnamento umano e spirituale e non certo nell'interruzione di tutto questo».

I dati sono chiari: è l'ora delle scelte di futuro, come dice **Mariapia Garavaglia**, già ministro della Sanità: «In un momento di crisi del Ssn guai se vengono considerati secondari i servizi indispensabili a salvaguardare la libertà e la dignità dei malati colpiti da particolari patologie inguaribili ma certamente curabili. I cittadini – tutti, senza distinzione – devono poter esercitare il diritto alla cura, e lo Stato ha il dovere costituzionale di rispondere. Mancano strutture e personale qualificato ma il compito della classe dirigente consiste nella programmazione dei servizi. Occorre "gridare dai tetti" perché lo Stato non può decidere la qualità della vita, pena il tagliare alle radici le ragioni stesse della democrazia. L'"Icare" di don Milani ha ispirato anche qualche politico. L'opposto è la politica che insegue il contingente, il consenso immediato. Gridiamo dai tetti per farci sentire da una politica accidia, che non si sente colpevolmente responsabile di fronte alla sofferenza dei cittadini».

Da Milano a Palermo, da Roma a Firenze tante voci per non cedere alla cultura di morte

Al centro l'ascolto delle esigenze reali di malati e sofferenti  
Per garantire una vera libertà



NETTO AUMENTO NEGLI ULTIMI 20 ANNI

## Studio Usa: boom di tumori tra i giovani Burioni: "Inquietante, non si sa perché"

«Un dato inquietante: negli ultimi 20 anni si è registrato un netto aumento dell'incidenza di alcuni gravi tumori tra i giovani. E non sappiamo ancora il perché». È il commento a un servizio del *Wall Street Journal* postato sui social da Roberto Burioni, professore di Microbiologia e Virologia all'università Vita-Salute San Raffaele di Milano. Il cancro colpisce sempre più giovani negli Usa e in tutto il mondo, sconcertando i medici, si legge sul *Wsj*. Negli Usa, secondo dati federali, i tassi di diagnosi sono aumentati nel 2019 a 107,8 casi ogni 100 mila under 50, in crescita del 12,8% rispetto a 95,6 del 2000. Anche uno studio apparso l'anno scorso su *Bmj Oncology* - ricorda il quotidiano - ha riportato un forte aumento globale dei tumori nelle persone sotto i 50 anni, con i tassi più alti in Nord America, Australia ed Europa occidentale. I medici sospettano che i cambiamenti negli stili di vita - meno attività fisica, più alimenti ultra-processati, nuove tossine - abbiano aumentato il rischio per le generazioni più giovani. —





### **3 | Covid, allo studio spray nasale agli anticorpi: jolly contro nuove varianti**

Uno spray nasale agli anticorpi per prevenire il Covid. Un'arma 'jolly' contro diversi mutanti del virus Sars-CoV-2, promettente anche contro l'influenza e altre infezioni. Lo descrivono su 'Pnas' gli scienziati del Karolinska Institutet svedese, quello che ogni anno decreta i vincitori del Premio Nobel per la Medicina. I ricercatori hanno dimostrato, per ora nei topi, che anticorpi IgA geneticamente modificati "possono rafforzare la protezione contro nuove varianti virali. Non sono destinati a sostituire i vaccini", precisa Harold Marcotte, primo autore dello studio, ma potranno offrire una difesa in più per i fragili, per le categorie a più alto rischio "come gli anziani o i pazienti immunocompromessi".

Il lavoro è stato condotto nell'ambito del consorzio di ricerca europeo Atac e grazie a una collaborazione Svezia-Cina che ha coinvolto, tra gli altri, le università di Linköping, di Pechino e di Fudan, gli Istituti di Biomedicina e Salute di Guangzhou, il Peking Union Medical College, l'Istituto di virologia di Wuhan e l'Istituto di zoologia di Kunming. Diversi tipi di anticorpi svolgono funzioni differenti, spiegano gli scienziati. Le immunoglobuline A (IgA) fanno parte del cosiddetto sistema immunitario adattativo e 'abitano' nelle mucose delle vie aeree; se sono assenti, o presenti a livelli bassi, il rischio di infezione aumenta. Gli attuali vaccini anti-Covid stimolano principalmente una risposta anticorpale IgG all'interno dell'organismo e studi precedenti hanno indicato che la loro capacità di proteggere dal contagio causato dalle varianti Omicron di Sars-CoV-2 è limitata.

Per superare questo problema, usando l'ingegneria genetica il gruppo guidato da Qiang Pan-Hammarström del Karolinska Institutet ha creato anticorpi IgA che si legano alla proteina Spike del coronavirus pandemico in modo simile agli anticorpi IgG. Topi infettati con la variante Omicron di Sars-CoV-2 hanno ricevuto questi anticorpi IgA 'gm' per via nasale. Le gocce somministrate hanno ridotto significativamente la carica virale nella trachea e nei polmoni dei topi infetti, riportano i ricercatori. Rispetto agli anticorpi IgG, hanno osservato, quelli IgA ingegnerizzati in laboratorio si



legano in modo più forte alla proteina Spike e sono stati più efficaci nel neutralizzare il virus.

"I vaccini tradizionali suscitano una risposta immunitaria attiva da parte dell'organismo, mentre questa è una strategia di immunizzazione passiva", chiarisce Marcotte. "Un approccio di immunizzazione attiva che induca una risposta immunitaria delle mucose sarebbe l'ideale - puntualizza l'esperto - ma speriamo che il nostro approccio sia adatto a proteggere le persone più vulnerabili".

"Crediamo che questa sarà una strategia molto promettente non solo per Covid-19 e le nuove varianti" di Sars-CoV-2, "ma anche per altre malattie infettive - prospetta Pan-Hammarström - tra cui l'influenza, altre infezioni respiratorie e infezioni della mucosa gastrica come" quelle associate al batterio "Helicobacter pylori, per le quali non esiste un vaccino".

Lo studio è stato finanziato dal programma Horizon 2020 dell'Ue, da un finanziamento congiunto Vr-Ncsf, dalla Knut and Alice Wallenberg Foundation e dalla Fondazione nazionale svizzera per la scienza.

JN.1 diventerà in brevissimo tempo la variante Covid dominante in tutto il mondo. E' la previsione prospettata da un team di scienziati sulla base della carta d'identità di questo mutante di Sars-CoV-2 in rapida ascesa. In uno studio pubblicato su 'The Lancet Infectious Disease', i ricercatori del Dipartimento di microbiologia e immunologia, Institute of Medical Science dell'università di Tokyo, dimostrano che questa è "una delle varianti che eludono di più il sistema immunitario fino ad oggi".

'Figlia' della variante altamente mutata battezzata Pirola dagli esperti sui social (BA.2.86), JN.1 è emersa a fine 2023 e per alcuni scienziati potrebbe rappresentare un punto di svolta per il virus della stessa portata

che ebbe Omicron. Tanto che questi esperti sostengono sia giunto il momento per l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) di assegnare una nuova lettera greca. Nello studio gli scienziati giapponesi ricostruiscono le sue caratteristiche partendo da mamma Pirola. Il lignaggio BA.2.86, identificato per la prima volta nell'agosto 2023, è finito praticamente subito sotto i riflettori della scienza: è risultato essere infatti





filogeneticamente distinto dalle varianti XBB circolanti (su cui sono basati anche i vaccini aggiornati in uso attualmente nelle campagne vaccinali), inclusa Eris (EG.5.1) e HK.3, che a novembre scorso era già uno dei lignaggi XBB con il più alto vantaggio di crescita.

Pirola portava già di suo più di 30 mutazioni nella proteina Spike, indicando un alto potenziale di evasione immunitaria. La sua discendente JN.1 (BA.2.86.1.1) ospita un'ulteriore mutazione che ha acceso una 'spia rossa' per gli scienziati: si chiama Leu455Ser (alla quale JN.1 aggiunge altre 3 mutazioni in proteine non-spike). Perché dovrebbe preoccupare? Leu455Ser è una mutazione caratteristica di JN.1, ma altre varianti erano portatrici di una mutazione simile, come HK.3 e alcune varianti cosiddette 'Flip', che ha contribuito ad aumentare la loro trasmissibilità e la capacità di fuga immunitaria.

Gli scienziati hanno approfondito le caratteristiche di JN.1, stimandone il numero riproduttivo (che indica la trasmissibilità) sulla base dei dati di sorveglianza genomica di Francia, Regno Unito e Spagna. In tutti e tre i Paesi il numero riproduttivo di JN.1 è risultato superiore a quello dell'ultima versione di Pirola (BA.2.86.1) e di HK.3. Non a caso, a fine novembre 2023, JN.1 aveva già superato HK.3 in Francia e Spagna. Gli altri test condotti dai ricercatori hanno confermato queste caratteristiche ed evidenziato una "solida resistenza" di JN.1 (rispetto a Pirola) ai sieri di persone vaccinate con vaccino monovalente anti-XBB.1.5. "Presi insieme, questi risultati suggeriscono che JN.1 è una delle varianti che più eludono il sistema immunitario - concludono gli autori - E quanto emerso suggerisce inoltre che la mutazione Leu455Ser contribuisce ad aumentare l'evasione immunitaria, il che spiega in parte l'aumento del numero riproduttivo di JN.1".



## 5 | Osteoartrosi, biomateriali con staminali e ultrasuoni per rigenerare cartilagine: studio

Biomateriali iniettabili che incapsulano cellule staminali e stimolati con ultrasuoni consentono la rigenerazione della cartilagine articolare efficaci contro l'osteoartrosi, patologia che affligge milioni di persone nel mondo e comporta una progressiva degenerazione della cartilagine e dei tessuti circostanti, producendo una ridotta mobilità, dolore cronico e una diminuzione notevole della qualità della vita. E' quanto hanno testato con successo - nell'ambito del progetto Admaiora finanziato dal programma di ricerca e innovazione Horizon 2020 dell'Unione Europea - i ricercatori della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con l'Irccs Istituto ortopedico Rizzoli e altri partner nazionali e internazionali, in uno studio pubblicato sulla rivista 'Acs Nano' .

Al momento - spiega una nota - non esistono cure efficaci per l'osteoartrosi, con l'unica 'arma' rappresentata dall'impianto di una protesi d'anca o di ginocchio, un intervento invasivo e non privo di complicazioni. In questa ricerca è stato sviluppato un biomateriale innovativo in grado di incapsulare cellule staminali derivanti da tessuto adiposo, prelevate dal paziente in modo minimamente invasivo mediante una liposuzione e successivo processo del tessuto.

Questo biomateriale è facilmente iniettabile nell'articolazione e contiene al suo interno dei nanomateriali responsivi agli ultrasuoni. Se stimolati dall'esterno mediante ultrasuoni (una tecnologia sicura e non invasiva), usando parametri ben regolati, questi nanomateriali sviluppano cariche elettriche che promuovono il differenziamento delle cellule staminali in tessuto cartilagineo maturo. Inoltre, questo stesso stimolo abbassa notevolmente i livelli infiammatori, un aspetto importante, essendo l'osteoartrosi una patologia in cui l'infiammazione cronica gioca un ruolo primario.

“I risultati ottenuti in questo studio dimostrano l'efficacia di questo paradigma terapeutico in vitro, usando cellule umane, e la sicurezza di questo approccio a livello preclinico” dichiara Leonardo Ricotti,





responsabile del 'Regenerative Technologies Lab' dell'Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna. "Attualmente sono in corso test preclinici di efficacia, che termineranno nei prossimi mesi, dopodiché punteremo a una traslazione su paziente. Questo passaggio richiederà un futuro ulteriore finanziamento, attualmente non disponibile, ma che stiamo già cercando".

"Ci sono tantissime persone affette da questa patologia che ci hanno contattati e che sperano nei risultati di questa ricerca per migliorare la loro qualità della vita" continua Ricotti. "Questo per noi è uno stimolo ulteriore per fare del nostro meglio, proseguendo nella ricerca allo scopo di fornire loro una nuova possibile terapia nei prossimi anni".

"Gli incoraggianti risultati raggiunti finora con questi studi preclinici - sottolinea Gina Lisignoli, ricercatrice dell'Istituto Ortopedico Rizzoli - sono stati possibili solo grazie ad una continua collaborazione tra competenze biologico cliniche dei professionisti del Rizzoli, nell'ambito della rigenerazione del tessuto cartilagineo, unite a quelle più tecnologiche ingegneristiche della Scuola Superiore Sant'Anna. L'unione di intenti, competenze e l'interscambio continuo delle informazioni, è stata la chiave di volta che ci ha permesso di fronteggiare le difficoltà durante il progetto, consentendo ogni volta di trovare soluzioni adeguate. Solo grazie alla continua condivisione dei dati è stato possibile raggiungere questo primo importante traguardo e ora ci auguriamo di poter proseguire questo percorso per offrire una nuova possibilità di cura ai pazienti".



12 gen  
2024SEGNALIBRO |  
FACEBOOK |  
TWITTER |

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Linfoma diffuso a grandi cellule B: per una cura efficace è necessaria anche una maggiore conoscenza

di *Filippo Antonio Canale\**

Il linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL, dall'inglese "diffuse large B-cell lymphoma") è un tumore del sangue caratterizzato dalla crescita incontrollata di un determinato tipo di cellule del sistema immunitario, i linfociti B. Differentemente da altri tipi di linfomi, si caratterizza quindi per una rapida crescita sintomatica. Il quadro clinico è dominato da sintomi e segni di espansione tumorale; nei casi di coinvolgimento di fegato o milza il soggetto può lamentare senso di pesantezza all'addome, dispepsia, dolore e può talora essere presente splenomegalia palpabile.

Nei casi più gravi, si possono avere sintomi di occlusione intestinale o di compressione di rami arteriosi o venosi.

Tuttavia la neoplasia può anche presentarsi come massa cutanea, ossea o localizzarsi a livello del sistema nervoso centrale con sintomi da ipertensione endocranica, compressione di nervi cranici e crisi comiziali.

La prognosi dei pazienti affetti da DLBCL dipende dallo stadio della malattia, dall'età e dallo stato di salute generale. La terapia standard del DLBCL è rappresentata dall'immunochemioterapia, un trattamento che associa un farmaco immunoterapico a una combinazione di più farmaci chemioterapici tradizionali. Il tasso di sopravvivenza a 5 anni nei pazienti sottoposti a terapia di prima linea va dal 60 al 70%. Nel caso in cui il paziente non risponda adeguatamente, il medico può valutare quali trattamenti utilizzare in seguito, tenendo conto delle caratteristiche del paziente e del tumore. La scelta della terapia del Linfoma Diffuso a Grandi Cellule B è influenzata da molti fattori. Dopo la diagnosi della malattia, il medico valuta la miglior terapia possibile per ogni paziente tenendo in considerazione le caratteristiche del paziente stesso (come il suo stato di salute, la presenza di altre patologie, l'età) e le caratteristiche del tumore (quali il sottotipo, l'estensione e il coinvolgimento di organi extra-linfonodali).

Non sappiamo cosa causi il DLBCL, ma si ritiene che diversi fattori di rischio aumentino il rischio di svilupparlo, quali: una condizione che colpisce il sistema immunitario come il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), l'assunzione di medicinali che sopprimono il sistema immunitario, ereditarietà, e altri.

E' il più frequente fra tutti i linfomi non Hodgkin; in Italia il tasso di incidenza è di circa 7/100.000 persone e la fascia d'età maggiormente colpita è quella degli adulti/anziani. Nonostante la sua diffusione, il livello informativo sul DLBCL è molto limitato: basti pensare che secondo recenti indagini solo il 15% della popolazione afferma di conoscere (tramite canali di informazione o per esperienza personale/indiretta) tale patologia ma



in realtà meno di una persona su dieci è in possesso di informazioni corrette su di essa. Dallo scenario attuale emerge quindi la necessità di migliorare la conoscenza su questa neoplasia, raggiungendo un numero maggiore di persone e fornendo loro informazioni adeguate.

Una comunicazione che utilizzi termini e nozioni corrette ma facilmente comprensibili è fondamentale per i pazienti che ricevono diagnosi di DLBCL: persone all'improvviso costrette a dover comprendere termini molto complessi ma che riguardano elementi fondamentali del loro percorso quali esami, procedure, scelte terapeutiche e fattori prognostici.

Un punto di partenza importante è l'ascolto dei bisogni dei pazienti, rilevato dalle Associazioni pazienti attraverso il lavoro quotidiano sul territorio. Queste costituiscono un supporto importante a completamento delle informazioni fornite dal Medico durante il colloquio: i pazienti sono immersi in una fase di forte stress emotivo ed ansia, ed una volta tornati a casa dopo la visita si ritrovano spesso confusi e pieni di dubbi sulla propria situazione. Ma un paziente correttamente informato e consapevole saprà affrontare la malattia insieme ai suoi familiari con maggior tranquillità e questo può influire solo che positivamente sul suo percorso di cura. Attraverso il portale [www.midica-ema.it](http://www.midica-ema.it) il paziente può avere sempre a portata di mano informazioni corrette dal punto di vista medico ma esposte in modo semplice e chiaro, oltre a essere fornite in diverse modalità grafiche/interattive.

*\*Dirigente medico presso il Centro Trapianti Midollo Osseo del Grande Ospedale  
Metropolitano Bianchi\_Melacrino-Morelli di Reggio Calabria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**12** gen  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Stop al tabagismo: la valutazione dei trattamenti e il bias dei follow up

di *Fabio Beatrice\**

L'argomento della cessazione dal tabagismo è certamente terreno di studio e di grande interesse dal punto di vista dei metodi e delle strategie cliniche ma molti aspetti sono in qualche modo trascurati o dati per scontati. Quale è il tempo giusto da considerare per affermare un risultato di cessazione nel caso del fumo di sigaretta? E' un aspetto di non secondaria importanza perché ha conseguenze cliniche assai rilevanti.



Molti fumatori affermano di aver smesso 'tra una sigaretta e l'altra' ed il tempo è comunque una grandezza molto presente e variabile tra chi fuma. Più sigarette si consumano più è breve il tempo della astinenza tra una e l'altra: si può trattare di minuti o di ore. Per ogni sigaretta fumata si perdono 11 minuti di vita, con una aspettativa di vita inferiore di circa 10 anni rispetto a un non fumatore. Ma dopo quanto tempo è corretto affermare di aver fatto smettere di fumare un tabagista? Certo se fosse "per sempre" sarebbe un risultato pacifico per chiunque, ma essendo il tabagismo, come ogni dipendenza, una 'malattia cronica recidivante' la maggioranza delle astensioni sono, purtroppo, temporanee. Dunque, è difficile valutare il successo di un trattamento, qualunque esso sia. La raccolta dei follow up dei fumatori trattati è un compito gravoso in termini di costi e tempo da dedicare all'obiettivo anche perché è necessario oggettivare il dato e questo può essere fatto solo con test clinici che verifichino le affermazioni del fumatore. Come vedremo a breve anche questa non è impresa semplice. La misurazione del monossido di carbonio nell'espriato si modifica in poche ore: se non si fuma per 24 ore il monossido espirato torna ad un valore normale compreso tra 0 e 3 ppm (parti per milione). I livelli di cotinina ematica (un metabolita della nicotina) restano elevati nel sangue per più tempo ma parliamo di circa 7 giorni. La cotinina è poi rilevabile nella saliva fino a 14 giorni mentre persiste nel capello fino a 90 giorni.

Secondo i dati del sistema di sorveglianza Passi riportati dall'Istituto Superiore di Sanità solo una percentuale di circa il 5% dei fumatori che tentano di smettere da soli, resta senza fumare per più di 6-12 mesi, diventando ex fumatore.

Quindi quando si parla di risultati nel caso del tabagismo è necessario essere prudenti e sfiorati dal dubbio. Qual è, allora, il timing giusto per il follow up per dichiarare che il trattamento è stato efficace? In una revisione Cochrane del 2018 che valutava l'efficacia dei sostituti della nicotina nelle procedure di cessazione, i periodi di astinenza inferiori ai 6 mesi non venivano presi in considerazione tranne in caso di gravidanza. La maggioranza dei dati utilizzati era per un follow up a 12 mesi. Nell'ultima Cochrane del 12 settembre 2023 sono stati utilizzati ben 319 studi che includevano 157.179 fumatori adulti (in Europa e Stati Uniti) e sono stati studiati i benefici comparativi, i danni e la



tollerabilità delle diverse farmacoterapie per smettere di fumare e delle sigarette elettroniche utilizzate in set clinici per la cessazione. Anche in questo caso era considerato cessazione un periodo non inferiore ai 6 mesi. Ma un fumatore può dirsi “guarito” dalla sua dipendenza da nicotina dopo 6 o 12 mesi? Quanti riprenderanno a fumare sigarette e dopo quanto tempo? Quanto una temporanea cessazione inciderà nella speranza di vita di quel fumatore? Sono domande senza risposta certa. Appare evidente quindi che studi con follow up di 3 o 6 mesi sono penalizzati da un bias e giovano solo a chi firma la ricerca o a chi vuole sostenere facilmente che quel trattamento ha avuto successo.

Al momento, i tempi di cessazione misurati in letteratura appaiono comunque modesti e la loro oggettivazione appare complicata rispetto ai ragionamenti clinici che sono formulati in altri ambiti come l'oncologia. In oncologia i tempi di guarigione sono funzionali al tipo del tumore ed alla sede della malattia: si parla di 5-10 o più anni. Insomma l'analisi dei risultati in medicina viene sempre dopo ed è paradossalmente proprio il tempo a portare infine, seppure tardivamente, certezza. Più i tempi di analisi sono contenuti, maggiore deve essere la prudenza del giudizio.

Queste incertezze relative alla misurazione clinica degli esiti gravano come macigni sulla lotta al tabagismo e suggeriscono di non scartare a priori altre possibilità di aiuto, quale la riduzione del rischio, nei forti fumatori che muoiono a milioni ogni anno nel mondo.

*\*Primario Emerito Ospedale San Giovanni Bosco Torino e Direttore del board scientifico di MOHRE*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Domani il voto in Consiglio regionale*

# Il Veneto va alla conta sul suicidio assistito

## Zaia, un sì che divide

**di Enrico Ferro**

Dopo la battaglia civile portata avanti dall'associazione Luca Coscioni con il malato di distrofia muscolare Stefano Gheller, la proposta di legge sul fine vita approda in Consiglio regionale del Veneto. Domani, prima e per ora unica Regione in Italia, dovrà esprimersi sulla regolamentazione del suicidio medicalmente assistito a fronte di «una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili». La casistica è già disciplinata dalla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale ma il Consiglio veneto può dotare il sistema sanitario di una procedura e di tempi certi (massimo 27 giorni), per eliminare il coefficiente di discrezionalità ideologica che subentra in assenza di regole.

L'associazione Coscioni, tra Venezia, Padova, Vicenza, Verona, Treviso, Rovigo e Belluno, ha raccolto oltre 9 mila firme. E una norma dello Statuto regionale impone di portare ai voti in consiglio, entro sei mesi dalla presentazione, ogni progetto di legge di iniziativa popolare. Ecco, dunque, perché il Veneto sarà la prima Regione italiana a farlo. Il testo passerà soltanto con il voto a favore della maggioranza dei presenti: il 50% più uno dei consiglieri che si presenteranno in aula.

Quello di domani sarà anche e inevitabilmente un voto sul presidente Luca Zaia, che non ha mai fatto mistero delle sue posizioni di apertura. «Dall'amore al fine vita,

sogno che crescano le libertà», dice da tempo. Di fronte ai suoi ha parlato a cuore aperto, ribadendo ancora una volta la totale libertà di coscienza. Ma la sua posizione netta sul tema ha fatto di questa battaglia civile anche un po' la sua battaglia. E questa dinamica, se da un lato manda in tilt il centrosinistra, dall'altro concede ai nemici del governatore un bersaglio sicuro su cui accanirsi. Non a caso Forza Italia di Flavio Tosi voterà in blocco contro il fine vita, e lo stesso farà Fratelli d'Italia. «La vita è sacra. E questa legge è un manifesto politico cui siamo contrari», dicono convinti i meloniani.

Invece per la Lega sarà non solo un voto politico, ma anche un'occasione per fare i conti con la sua doppia anima che, specie in Veneto, è causa di continui conflitti, con la versione oltranzista di Salvini contrapposta a quella, più tollerante e aperta, di Zaia. I consiglieri regionali leghisti si troveranno a un bivio: scontentare il segretario federale o il presidente della Regione. In una stagione di riassetto e riposizionamenti, con le Europee all'orizzonte e le regionali sullo sfondo, non sarà una scelta a costo zero.

A votare compatti per il «sì» saranno invece i consiglieri di minoranza: tutti, a eccezione di Anna Maria Bigon del Pd, veronese e ultracattolica, che intende astenersi. Sullo sfondo (ma non troppo) c'è la Chiesa con i suoi vescovi, la cui posizione è stata esplicitata lo scorso luglio da monsignor Michele Tomasi,

a Treviso: «Facciamoci carico della vita quando è fragile», ha detto, auspicando che venissero potenziate le cure palliative. Poco meno di tre mesi dopo, la Regione Veneto ha stanziato sette milioni ad hoc.

Ecco, dunque, quale sarà la procedura se il progetto di legge verrà approvato. Il malato potrà fare richiesta all'Usl di verificare la presenza dei requisiti previsti dalla sentenza della Consulta: la sua richiesta sarà esaminata prima dalla Commissione medica multidisciplinare e poi dal Comitato etico. Sempre l'Usl trasmetterà relazioni e parere finali al richiedente, che non è obbligato a usufruirne subito. Se e quando il malato chiederà la prestazione, l'azienda sanitaria entro sette giorni dovrà fornirgli farmaco e strumentazione, insieme a un medico che lo assista nella predisposizione della procedura. «È giusto che questo diritto sia esigibile in tempi rapidi e certi, o si vuole lasciare le persone esposte al potenziale boicottaggio di un qualsiasi dirigente sanitario?», sintetizza Marco Capato.





## I protagonisti

### La battaglia di Stefano

Gheller (foto), vicentino, 51 anni, in carrozzina da quando ne aveva 15 per una distrofia muscolare, dal 13 ottobre 2022 è autorizzato dall'Usl al suicidio assistito e ha sempre detto: "Rivendico il diritto di decidere quando morire senza dover andare all'estero"



### La morte di Gloria

Malata di tumore, 78 anni, il 23 luglio ha praticato il suicidio assistito con l'ok della Asl, che le ha riconosciuto 4 requisiti: avere un male incurabile, che causa sofferenze fisiche o psichiche intollerabili, dipendere da trattamenti vitali e poter esprimere un consenso libero e consapevole

*Il governatore sposa la proposta di legge della Coscioni, che in regione ha raccolto oltre novemila firme*

*La Lega lascia libertà di coscienza. Contro Fi e FdI, a favore tutte le opposizioni esclusa una consigliera dem*



### ▲ Il governatore

Luca Zaia, 55 anni, leghista, presidente del Veneto dal 2010

## La scheda

### Obbligo di risposta in meno di un mese

#### 1 L'iniziativa

Il Veneto è la prima regione a discutere una proposta di legge sul suicidio assistito, forte delle 9.062 firme raccolte dall'associazione Luca Coscioni per garantire il diritto affermato dalla Consulta nel 2019 con la sentenza Cappato

#### 2 I tempi

La norma dà tempi certi: la Asl deve dire al malato entro 20 giorni se rientra tra chi può accedere al suicidio assistito in base ai requisiti fissati dalla Corte costituzionale. Se lui poi chiede l'aiuto al suicidio, deve ottenerlo entro altri 7 giorni

#### 3 Il medico

La Asl deve fornire al malato il farmaco e gli strumenti per assumerlo oltre a un medico che lo assista nella preparazione del tutto. Il singolo medico può rifiutare ma in tal caso il Servizio sanitario deve trovarne un altro disponibile



**IL REPORTAGE**

**L'esodo degli infermieri  
assunti dalla Svizzera  
che manda in crisi  
la sanità piemontese**

**ANDREA ROSSI**

**I**l cantiere viaggia spedito a Briga, cantone Vallese. L'ospedale sarà pronto fra 4 anni: 400 posti letto, sale operatorie all'avanguardia, centinaia di posti di lavoro. - Pagine 18 e 19



**IL REPORTAGE**

# Infermieri Fuga per soldi

I frontaliere della salute: vivono in Piemonte e lavorano in Svizzera, dove guadagnano il doppio  
Due nuovi ospedali rischiano di svuotare Verbania e Domodossola: «Qui turni impossibili»

**ANDREA ROSSI**  
INVIATO A BRIGA (SVIZZERA)

«**W**ir bauen für ihre Gesundheit». Costruiamo per la vostra salute. Il cantiere viaggia spedito. Costi permettendo – sono già lievitati di un terzo rispetto alle previsioni – l'ospedale sarà pronto fra quattro anni: quasi 400 posti letto, sale operatorie all'avanguardia, centinaia di posti di lavoro.

Briga è un delizioso paese nel cantone Vallese: il confine italiano dista venti chilometri, è un crocevia logistico – la città

d'approdo per chi esce dal traforo del Sempione – e turistico, ma ha appena 12 mila abitanti e appare difficile capire perché proprio lì, anziché nel cuore del cantone, la Svizzera abbia deciso di investire per rifare completamente e ampliare un polo sanitario. Ma se la scelta è caduta proprio a ridosso del confine una ragione c'è e dovrebbe allarmarci: servono infermieri. E li si prenderà dall'Italia.

Nell'ultimo anno il Piemonte ne ha persi oltre 400. «Cancellati dall'albo, tanti sono andati a lavorare all'estero»,

conta Francesco Coppolella, coordinatore regionale del NurSind, uno dei sindacati di categoria, «stremati da condizioni inaccettabili e attirati da stipendi che l'Italia si sogna».





Una buona parte ha attraversato proprio il Sempione, svuotando gli ospedali di Verbania e Domodossola. Tanti fanno i frontalieri: si lavora di là con stipendio doppio (o triplo) ma poi si torna a casa dove vivere costa meno della metà.

Annalisa Deregibus abita a Premosello, fra Verbania e Domodossola, ha trent'anni e per farsi assumere dal sistema sanitario italiano ha fatto la precaria per tre anni. Ha superato tre concorsi: «Prima a Domodossola, vicino a casa. Per avere il tempo indeterminato mi sono trasferita a Varese, in pronto soccorso pediatrico. Quindi Novara. Nel 2020 sono riuscita a tornare a Domodossola. Dopo tutta questa fatica non pensavo di dovermi trasferire un'altra volta». E invece da qualche mese lavora a Locarno. «Ho mandato il curriculum, mi hanno chiamata dopo una settimana: in un colpo solo mi hanno riconosciuto tre scatti d'anzianità; in Italia avevo colleghi con vent'anni alle spalle e nemmeno uno scatto». Lavorando 20 ore a settimana guadagna 2.400 euro rispetto ai 1.700 del suo tempo pieno in Italia, con le notti, i riposi saltati, le ferie impossibili. «Era diventato pericoloso: qui ho venti minuti per fare un prelievo, in pronto soccorso inserivo dieci canule. Non ci fermavamo mai. Ora ho due weekend liberi al mese, le ferie garantite. A me dispiace, l'Italia mi ha formata in maniera straordinaria. Ma non si può trattare così chi si sbatte. La gente pensa che ce ne andiamo per i soldi ma non sa che per noi è una sconfitta terribile».

I frontalieri della sanità hanno quasi tutti meno di trent'anni, spesso hanno abbandonato la prima linea, i pronto soccorso, e si portano dietro un profondo senso di sconfitta. Aurora Buratti ha 25 anni, abita a Intra e da giugno lavora in una casa per anziani in valle Ticino. Anche lei è fuggita dal pronto soccorso di Domodossola: «Era diventato insostenibile dal punto di vista fisico e psicologico. Lavoravo a dieci minuti da casa; adesso devo

guidare 110 chilometri al giorno per un impiego meno soddisfacente. Mi rendo conto di sacrificare la mia professionalità, ma non me la sentivo più».

Difficile resistere quando da una parte ti costringono a turni massacranti e a saltare ferie e riposi per 1.800 euro al mese e dall'altra ti lasciano decidere quanto lavorare (part-time, tempo pieno, al 70%, all'80%). Anche Lorenzo Ricci, 28 anni, dal reparto di urgenza di Domodossola è finito alla Clinica Hildebrand di Brissago, uno dei principali centri di riabilitazione svizzeri. «Un giorno mi chiama un responsabile. Gli ho detto di no». E lui? «Mi ha chiesto se davvero stavo rinunciando a 5 mila euro al mese, il triplo del mio stipendio». Anche a lui è rimasto l'amaro: «Amavo il mio vecchio lavoro. E poi gli infermieri svizzeri sono diplomati; noi abbiamo la laurea e competenze maggiori. L'attaccamento alla professione che vedevo in Italia è raro. Però qui ti valorizzano. E ogni minuto in più viene pagato; per chi come me ha regalato ore alle Asl ha dell'incredibile».

Anche Lorena, come Annalisa e Aurora, ha lasciato l'Italia nell'ultimo anno, con effetti che nelle aree di confine cominciano a pesare in maniera devastante. Per avere un'idea dell'impatto su chi è rimasto basta ascoltare Filippo Garboli, infermiere in pronto soccorso a Verbania. «Nell'ultimo mese, quando abbiamo fatto i turni, mancavano 8 colleghi rispetto al fabbisogno, senza considerare eventuali malattie o assenze. A inizio dicembre in dieci giorni ho fatto quattro turni di notte. Quando sei a casa chiamano per chiedere se puoi andare prima, quando il turno è finito ti fermi ancora». «Se a livello di contratti non cambia qualcosa diventa difficile pensare di continuare a fare questo lavoro», spiega Franca Carrabba, infermiera e delegata della Cgil. «Facciamo turni massacranti, non riesci più ad avere una vita. I servizi sono tutti a contingente minimo: basta che un collega si ammali e il turno è scoperto. Si fanno più notti, più pomerig-

gi. Ma in queste condizioni le conseguenze sulla sicurezza sono inevitabili».

Secondo il Nursing Up, uno dei sindacati degli infermieri, all'Asl del Vco manca il 10% dei 750 infermieri in pianta organica. «E con l'ospedale di Briga la situazione peggiorerà», sostiene Milena Germano, referente per quest'angolo di Piemonte. «Già se ne vanno senza dare il preavviso, figuriamoci quando ci sarà un posto a venti minuti di navetta che offre condizioni di lavoro e salario imparagonabili». E chi resta? Rientri, turni allungati, straordinari. «I medici almeno hanno un riconoscimento economico e sociale. Noi siamo ancora considerati quelli che lavano le padelle. Come fai a trattenerne le persone? Siamo sempre meno e lavoriamo di più: anziché 5-6 pazienti alla volta te ne trovi più del doppio. Ci sono colleghi in malattia da due mesi con diagnosi di burnout». Mancano anche i dottori. In questo caso la Svizzera c'entra poco ma le aree periferiche sono poco attrattive. Si ricorre ai gettonisti «ma così spesso oltre a fare il nostro dobbiamo sopperire alle lacune di dottori totalmente inesperti». La direttrice generale dell'Asl Vco si chiama Chiara Serpieri. È una manager che parla chiaro, senza infingimenti. «Quest'anno abbiamo coperto appena la metà degli oltre 40 posti del corso di laurea in Infermieristica, senza contare che tra chi si diplomerà un buon 50% cercherà lavoro altrove». La sua Asl ha 2 mila dipendenti: 350 sono medici, 1.200 professionisti sanitari, il resto tecnici e amministrativi. «È evidente che gli infermieri sono le gambe della sanità pubblica anche se tanta professionalità a volte non vie-



ne nemmeno riconosciuta. Facciamo miracoli, ma ci sono troppi vincoli: offriamo forme di lavoro rigide, senza agilità personali, ed economicamente inadeguate. Se consideriamo responsabilità, rilevanza sociale e trattamento economico il bilancio per chi fa l'infermiere non è soddisfacente». Serpieri è stata tra i primi direttori generali a bussare in Regione per chiedere di riconoscere indennità aggiuntive ai lavoratori di confine, un po' come sta facendo la Valle d'Aosta, che in via sperimentale dà 400 euro netti al mese in più agli infermieri. In Piemonte la risposta è stata negativa. «Ho trovato grande sensibilità sul tema ma le regole e i vincoli di bilancio non lo consentono. Eppure se vogliamo che le persone acquisiscano una profes-

sionalità, la mantengano e la spendano nel pubblico, dobbiamo ripensare i livelli economici e le rigidità del sistema. Perché uno dovrebbe restare se può fare lo stesso mestiere altrove con carichi di lavoro inferiori, meno vincoli e stipendi più alti? Non siamo competitivi con il privato, tantomeno con l'estero».

Roberto Faracchio ne è la prova vivente. Trentenne, da Salerno - dove è nato - si è trasferito dopo aver vinto un concorso all'ospedale di Verbania. «In pronto soccorso eravamo un bel gruppo. Si lavorava tanto ma fino all'esplosione del Covid tutto sommato bene. Dopo è cambiato tutto». Anche lui fa il frontaliero: lavora a Locarno, in pronto soccorso. «Già vivo lontano da casa,

lavorare tanto e soprattutto male non aveva senso. Mi facevo carico di cose non di mia competenza, correvo rischi per me e per i pazienti di cui dovevo occuparmi». A Locarno fa i suoi turni e non solo: «Mi pagano la formazione. Anzi, mi spingono a farla. A Verbania invece dava fastidio che andassimo in università perché non potevano richiamarci in servizio».

I costi per il nuovo ospedale di Briga e per quello di Sion, il capoluogo del Vallese, sono già cresciuti da 462 a 580 milioni di franchi svizzeri, oltre 600 milioni di euro. Eppure nessuno ha intenzione di fermarsi. Anzi, la ricerca del personale è già in corso. «Niente concorsi, basta un colloquio. Ci sono agenzie specializzate

ma soprattutto c'è il passaparola», spiega Milena Germano. «Vuol dire che chi è già di là chiamerà i suoi ex colleghi e i nostri ospedali si svuoteranno ancora di più». Annalisa Deregibus non ha dubbi: «Sarà un altro esodo».

Costruiamo per la tua salute, è il motto degli svizzeri. E alla nostra, ci pensa qualcuno? —

**Molti non reggevano più stress e orari**  
**“Non si può trattare così chi si sbatte”**  
**La dg dell'Asl Vco:**  
**“Non siamo competitivi, perché dovrebbero restare?”**

## Le storie di chi ha passato il confine

“

Annalisa Deregibus



Lavorare in pronto soccorso era diventato pericoloso, non ci fermavamo mai

“

Lorenzo Ricci



Amavo il mio vecchio lavoro però qui ti valorizzano e ogni minuto in più viene pagato

“

Aurora Buratti



Guido 110 km al giorno e ho sacrificato la mia professionalità ma non ce la facevo più





Contro la crisi del pronto soccorso l'Emilia-Romagna fa da battistrada e apre le prime 20 Cau

# Così la sanità si riorganizza

## Un filtro territoriale per arginare chi non è grave

DI CARLO VALENTINI

**T**rentasei ore al pronto soccorso di Terni (nonostante il codice da «urgenza indifferibile»), due notti in attesa prima di essere ricoverato in reparto. «Mio suocero - racconta **Guido Verdecchia** - si è sentito male, era sera inoltrata, lo abbiamo accompagnato al pronto soccorso dell'ospedale. Nonostante la gravità è stato ricoverato solo 36 ore dopo. E attorno pazienti disperati che si lamentavano, parenti che alzavano la voce esasperati, qualcuno che minacciava di chiamare i carabinieri, il personale in affanno ma non poteva fare di più».

**Storie quotidiane nei pronto soccorso**, diventati border line: tra i problemi che assillano la sanità sono uno dei più impellenti. Qui si riversa, anche perché i medici di base non sempre sono reperibili, ogni genere di richiesta di aiuto, anche quelle meno rilevanti. Manca un filtro efficace sul territorio, in grado di prestare assistenza nei casi meno gravi senza coinvolgere quello che è un ramo di un sistema ospedaliero complesso e costoso. Un posto letto in ospedale costa dai 700 ai 4mila euro al giorno, uno nelle strutture per le cure intermedie meno di 200 euro

**È da tempo che se ne parla senza costruito.** Tra l'altro l'affollamento del pronto soccorso è una delle cause dei frequenti episodi di aggressione contro chi vi lavora. Di fronte a questa emergenza l'Emilia-Romagna

ha preso di petto la questione e ha incominciato a realizzare una sorta di cintura di contenimento, ovvero i Cau (Centro di assistenza urgenza) in grado di accogliere coloro che non necessitano di un intervento sanitario particolarmente complicato. I Cau sono la prima concreta iniziativa che promette di rispondere all'esigenza di chi si trova in difficoltà, ha diritto ad essere visitato in tempi brevi ma allo stesso tempo sgrava il personale dei pronto soccorso dei casi che non hanno bisogno di struttura ospedaliera. Ne sono già in funzione 20, da poco inaugurati ma che già nella prima settimana di gennaio hanno registrato 5.885 accessi. Sono aperti H24, tutti i giorni dell'anno. Il team assistenziale è composto da 2 medici, 2 infermieri e un operatore socio-sanitario. Spiega **Paolo Bordon**, dg dell'Asl di Bologna: «Abbiamo già formato 80 medici. Il nostro obiettivo è formarne almeno altri 50-60 e creare un pool di professionisti in grado di fornire risposte sanitarie adeguate a chi si rivolge a queste nuove strutture».

**Per sopperire alla carenza di medici** si è ricorsi agli specializzandi del penultimo e ultimo anno di corso, che per altro già affiancano negli ospedali, cliniche universitarie e altre sedi accreditate i medici strutturati in tutte le attività attinenti alla loro specializzazione. Dice l'assessore regionale alla Sanità, **Raffaele Donini**: «Gli specializzandi rappresentano il presente e il futuro della sanità pubblica come ha già dimostrato il grande contributo che hanno dato durante la pandemia. Abbiamo molto bisogno di medici giovani, bravi e motivati, da coinvolgere nella riorganizzazione dell'emergenza-urgenza che stiamo portando avanti. Questo coinvolgimento permette al nostro

sistema sanitario di contare su medici specializzandi qualificati che potranno operare nei Cau, naturalmente su base volontaria, a fianco dei colleghi e alle stesse condizioni».

**I sintomi per cui si consiglia di recarsi ad un Cau**, e non al pronto soccorso, sono tra i più diversi: dal forte mal di testa al mal di denti, dalla nausea al mal di schiena fino alle piccole ferite, anche conseguenti ad una puntura o ad un morso di un animale. Entro l'anno saranno una sessantina i Centri operativi sul territorio regionale, una specie di rivoluzione per quanto riguarda la risposta del servizio sanitario pubblico alle piccole urgenze. Negli ultimi 5 anni, il 63% degli accessi al pronto soccorso non ha richiesto un ricovero, e quindi poteva essere preso in carico da altre più semplici strutture territoriali. Una prima indagine statistica dell'Asl di Reggio Emilia ha registrato che

nell'80% dei casi trattati finora dal Cau sono state sufficienti le prestazioni erogate mentre solo nel restante 20% si è provveduto al trasporto del paziente al pronto soccorso. Aggiunge Bordon: «Entro l'estate avremo i primi posti letto Osco, gli Ospedali di comunità, così da poter dimettere dagli ospedali i pazienti stabilizzati che ancora non possono rientrare a casa. Stiamo ripensando la riorganizzazione territoriale della sanità».



**Come per tutte le novità, non mancano i problemi.** A Parma un gruppo di infermieri lamenta che il Cau è stato aperto a fianco del pronto soccorso e la commistione ingarbuglia gli interventi, il sindaco di Ottone (400 abitanti in provincia di Piacenza), **Federico Beccia**, che è anche medico sostiene che era meglio la vecchia guardia medica («Il Cau più o meno agisce come una guardia medica con qualche strumentazione in più, però senza effettuare visite a domicilio e i pazienti si lamentano»), l'Ordine dei medici di Bologna li ha definiti il Fast food del servizio sanitario. Quando tutto sarà a regime rientreranno queste lamentele? «Mi pare che la fase sperimentale- afferma Donini- abbia brillantemente superato la prova e faremo senz'altro delle verifiche. I Cau stanno ottenendo un indubbio successo».

**Intanto da altre regioni**

**stanno arrivando esperti** per studiare questa prima esperienza operativa che cerca di cancellare le abnormi criticità del pronto soccorso. Anche Toscana, Veneto e Lombardia si stanno infatti incamminando su questa strada. La Toscana punta sui finanziamenti del Pnrr che dovrebbero servire per riorganizzare la sanità territoriale. Dice l'assessore regionale alla Salute, **Simone Bezzini**: «L'obiettivo ambizioso entro il 2026 è realizzare 77 Case di comunità, 23 ospedali di comunità e 37 centrali operative territoriali». Pure in Veneto si stanno approntando gli appalti per 99 Case della comunità. Dovrebbero funzionare dalle 8 alle 20 e accogliere i codici bianchi. «Dove è stato possibile», dice **Massimo Annicchiarico**, dg della Sanità regionale, «abbiamo individuato spazi esistenti, dove invece adeguare costava più di costruire ex novo, si è scelta la seconda opzione. La programma-

zione ne prevede una ogni 40mila/50mila abitanti». Infine la Lombardia, che ha deciso di privilegiare il riordino dei pronto soccorso esistenti, affiancati però della Centrale medica integrata, che si occupa anche delle cure domiciliari per i pazienti anziani e fragili. Aperti pure i pronto soccorso privati: si viene visitati subito, ma bisogna pagare, a partire da 146 euro, e se il caso viene giudicato grave il paziente viene dirottato al pronto soccorso pubblico.

***In Emilia Romagna sono stati realizzati 20 Centri di assistenza urgenza (Cau) in grado di accogliere coloro che non necessitano di un intervento sanitario particolarmente complicato, sgravando così il personale dei pronto soccorso delle casistiche che non hanno bisogno della struttura ospedaliera***



**Raffaele Donini**





## Sanità Interrogazione di D'Amato: slitta al 2026. La Regione: nessun ritardo

# L'acquisto dei macchinari per gli ospedali è a rischio

di **Clarida Salvatori**

**A** rischio l'entrata in servizio di 298 grandi macchinari sanitari (Tac, Pet, mammografi, risonanze) che grazie alla Missione 6 del Pnrr devono essere acquistati e collaudati entro il 2024. Per un costo complessivo di quasi 103 milioni di euro. Il governo ha infatti chiesto una proroga

di due anni alle Regioni. Il consigliere D'Amato presenta un'interrogazione: «Le scadenze originarie verranno rispettate?». La Regione rassicura: «Già ordinato il 95% dei macchinari».

a pagina 4

# Stop a Tac, angiografi e risonanze L'acquisto rischia di slittare al 2026

Sanità, interrogazione di D'Amato (Azione). La giunta del Lazio: rispetteremo i tempi

Duecentonovantotto grandi macchine sanitarie, il cui acquisto era stato programmato grazie alla Missione 6 del Pnrr (Piano nazionale di ripresa e resilienza), rischiano di non entrare in servizio entro il 2024. E di rimanere ferme per ben due anni. Si tratta di Tac, risonanze, acceleratori lineari, angiografi, mammografi, Pet e ecotomografi. Macchinari destinati, tra gli altri, al Policlinico Umberto I, al Sant'Andrea, Tor Vergata, all'Ifo e alla Asl di Viterbo. Costati complessivamente oltre 102 milioni e 800mila euro. A lanciare le accuse sui ritardi è il consigliere regionale di Azione, Alessio D'Amato, ex assessore alla Sanità nel Lazio. Ma dalla Regione rassicurano che i tempi di acquisto dei macchinari verranno rispettati.

Di queste apparecchiature il Lazio ha davvero bisogno, sia per abbattere le lunghe liste d'attesa che da anni sono uno dei punti deboli della sanità laziale, sia perché c'è una grande necessità di rinnovamento del parco tecnologico, dal momento che le macchine attualmente in uso hanno una vetustà media di oltre nove anni.

«Il governo ha chiesto di prorogare di due anni, quindi fino al 2026, il rinnovo delle grandi macchine. Nel Lazio, con la precedente giunta, avevamo lasciato tutto programmato, con ordinativi già eseguiti, procedure di gara già avviate e un'attenzione spasmodica al rispetto della tempistica», ha detto D'Amato che ha poi aggiunto: «Ogni ritardo da parte della Giunta regionale è grave, anche per l'importanza che riveste il rinnovo del parco tecnologico nel contrasto alle liste d'attesa, poiché macchine moderne e più performanti consentono una maggior precisione diagnostica, una maggiore velocità d'esecuzione, a fronte di un minor tempo per le prestazioni e minori esposizioni a radiazioni ionizzanti».

Data la richiesta di proroga da parte del ministero della Salute, D'Amato ha quindi deciso di presentare un'interrogazione a risposta scritta, che è già stata depositata negli uffici del Consiglio regionale al-

la Pisana, in cui chiede al presidente della Regione, Francesco Rocca, quali siano le intenzioni dell'ente che presiede e se verrà rispettata la tempistica che prevedeva ordini e consegne entro l'anno, oppure se ci sia il rischio reale di uno slittamento: «Ci sarà - si legge nel testo del documento - un ritardo di due anni nei collaudi delle macchine e della loro entrata in funzione presso le strutture sanitarie della Regione Lazio?».

L'augurio del consigliere è che le scadenze previste vengano rispettate: «Spero che la decisione del Governo di far slittare di due anni il piano di investimento sia smentita dai fatti - prosegue - poiché un simile ritardo sarebbe un grave



danno per i cittadini e per la loro salute. Ancor più alla luce del fatto che l'Europa paga solo a collaudi avvenuti».

Al riguardo, fonti regionali hanno fatto sapere che la richiesta di proroga da parte del ministero non riguarda nello specifico il Lazio, dal momento che si è già provveduto a ordinare il 95% dei macchinari. Alcuni sono per altro arrivati, installati e collaudati. L'intenzione della giunta, che dal suo insediamento ha dichiarato guerra alle sterminate liste d'attesa anche con la richiesta di inse-

rire le agende dei privati accreditati all'interno del Recup, riguardo l'acquisto dei grandi macchinari sanitari è completare l'impegno di spesa entro i termini originariamente previsti. La Regione assicura anche che, secondo le modalità e nel rispetto dei tempi previsti dal regolamento dell'Aula, risponderà all'interrogazione del consigliere D'Amato.

**Clarida Salvatori**



Francesco Rocca



Alessio D'Amato



Un paziente mentre si sottopone a una Tac in un ospedale romano





Dir. Resp.: Luciano Fontana

**LA TECNICA PER LA PRIMA VOLTA ALLO SPALLANZANI**

## L'ossigenazione extracorporea usata per i casi gravi di influenza

Lo Spallanzani usa per la prima volta l'ossigenazione extracorporea (Ecmo) su un paziente colpito da influenza H1/N1. Il malato non aveva risposto alle cure convenzionali ed era troppo grave per essere trasportato. Intanto l'influenza stagionale frena la sua corsa: l'incidenza è scesa a 16,5 ogni mille assistiti.

a pagina 4



L'istituto «Lazzaro Spallanzani»

# L'ossigenazione extracorporea per l'influenza

La tecnica, chiamata «Ecmo», è stata utilizzata per la prima volta all'ospedale Spallanzani su chi è grave e non risponde alle terapie convenzionali. Già impiegata sui casi di Covid

Non solo per i casi più gravi di Covid. Oppure in quelli che riguardano pazienti che presentano una grave insufficienza cardiaca oppure respiratoria. Per la prima volta all'Istituto per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani, nel trattamento dell'influenza H1/N1, è stato utilizzato l'Ecmo (Extra corporeal membrane oxygenation), ovvero l'ossigenazione extracorporea.

L'Ecmo è una tecnica che supporta le funzioni vitali - quindi respirazione e funzionalità cardiaca - del paziente che vi è sottoposto attraverso la circolazione extracorporea, in modo da aumentare l'ossigenazione del sangue. Una procedura invasiva che prevede, tra l'altro, l'uso di farmaci anti-coagulanti. Ecco come si pro-

cede: vengono inserite delle cannule nelle grosse vene, da qui viene estratto il sangue che, dopo essere stato ossigenato da un apparecchiatura esterna al corpo del paziente, viene reimmesso in circolo. Il trattamento - per altro molto dispendioso per il servizio sanitario, tra le ragioni per cui non viene utilizzato spesso - deve essere avviato in modo precoce, vale a dire nei primi giorni di aggravamento della sintomatologia della malattia. Non solo, questo tipo di trattamento generalmente dura a lungo: in alcuni casi anche per tre settimane.

«Il trattamento (avvenuto in collaborazione con il servizio dei perfusionisti della cardiocirurgia del San Camillo-Forlanini, ndr) - ha spiegato Maria

Grazia Bocci, direttrice dell'unità complessa di Rianimazione e terapia intensiva dello Spallanzani - è estremo, ma raccomandato in caso di fallimento della ventilazione convenzionale». Quindi quando per un paziente anche essere intubato non è abbastanza e le sue condizioni non migliorano. A spingere i medici dell'Imi a ricorrere all'Ecmo è stata la necessità di dare risposta al forte «aumento della diffusione dell'influenza in un momento storico di pressione del pronto soccorso e delle terapie intensive. Al momento abbia-



mo 4 casi ricoverati con H1/N1. Uno però è più serio e non ha risposto ai trattamenti convenzionali».

In queste ultime settimane, come consueto andamento epidemiologico in questo periodo dell'anno, il virus dell'influenza stagionale è tornato infatti a farsi sentire. Secondo l'ultimo report del sistema di sorveglianza dell'Istituto supe-

riore di sanità, però il picco sembrerebbe passato, essendo l'incidenza passata da 18,3 casi ogni mille assistiti, nell'ultima settimana del 2023, a 16,5 nella prima del 2024. Anche se 2 regioni (Abruzzo e Sardegna) sono ancora nella fascia «molto alta» e 9 in quella «alta». Tra queste ultime anche il Lazio

con un'incidenza sotto la media nazionale, al 16,37.

**Cla. Sa.**

## La vicenda

● All'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani è stata utilizzata per la prima volta l'Ecmo («extra corporeal membrane oxygenation»), l'ossigenazione extracorporea, nel trattamento dell'influenza H1/N1. Quattro i ricoverati in terapia intensiva: uno di loro era più grave e non ha risposto ai trattamenti convenzionali

Le complicanze gravi del virus influenzale allo Spallanzani vengono combattute anche con la «Ecmo»

