

4 giugno 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

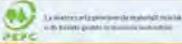
ARIS



la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari



Martedì 4 giugno 2024

€1,70

LA SFIDA DELLE URNE

Lo spettro del non voto

I sondaggi prevedono un calo ulteriore dell'affluenza che, per la prima volta, può finire sotto il 50 per cento. A trarne vantaggio possono essere Pd e FdI, partiti più grandi e identitari. D'Alimonte: al Sud scarsa affezione, M5S a rischio

Savino (Cei): sulle riforme noi vescovi non possiamo tacere

Il punto

Dove portano i radicalismi

di Stefano Folli

L'ultima settimana della solita pessima campagna elettorale non è di sicuro migliore delle precedenti. La novità è che ormai è stata segnata dalla più imprevedibile delle gaffe, ammesso che di questo si tratti. Ma al di là dei commenti - abbastanza imbarazzati a destra, sferzanti a sinistra - la domanda è: perché?

a pagina 27

L'analisi

Bruxelles verso il bipartitismo

di Bernard Guetta

Lo scenario politico europeo sta per americanizzarsi. È ineluttabile, ormai è auspicabile perché, a prescindere dal bilancio finale della battaglia alle Europee, in Parlamento le estreme destre diventeranno inevitabili. Lì non saranno maggioritarie ma peseranno.

a pagina 27



Gli assenteisti potrebbero essere il primo partito alle elezioni europee dell'8 e 9 giugno. Sondaggi e politologi prevedono un calo dell'affluenza, sotto il 50 per cento. Il vicepresidente della Cei, nell'intervista: «Noi vescovi, preoccupati dalle riforme, non possiamo tacere».

di Carlucci, Colombo Frascilla, Lauria, Pucciarelli Scaramuzzi, Vecchio e Vitale

da pagina 2 a pagina 11

Amministrative

Bari, prove tecniche di campo largo modello Decaro

di Giuliano Foschini

a pagina 7

Il piano Albania

Spreco di governo. Le navi per il trasporto dei migranti costeranno 13 milioni



di Alessandra Ziniti

a pagina 18

Tennis



Roland Garros Djokovic batte Cerundolo al quinto set

Impresa Djokovic, soffre ma vince. Sinner deve attendere ancora

dal nostro inviato Paolo Rossi alle pagine 34 e 35

L'evento a Parigi

L'antisemitismo minaccia l'Europa



di Maurizio Molinari

Noi, cittadini europei, ci incontriamo a Parigi mentre le nostre democrazie stanno subendo la più grave ondata di intolleranza contro il popolo ebraico dalla fine della Seconda Guerra Mondiale. L'antisemitismo prende di mira gli ebrei, ma la Storia ci insegna che rappresenta una minaccia contro tutti coloro che amano la libertà e la democrazia.

a pagina 31

Cari studenti, Israele non è un regime

di Denis MacEoin

a pagina 30

Mappamondi

L'Ucraina colpisce oltre il confine russo con i missili Usa



di Ginori e Raineri

a pagina 13

Sheinbaum prima "presidenta" del Messico



di Laura Lucchini

a pagina 14

L'energia non deve costarci il mondo



octopus energy Energia pulita a prezzi accessibili

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 29 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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

VALLEVERDE logo

Calo delle vendite Auto elettriche: già esaurito il bonus di Andrea Ducci e Andrea Rinaldi a pagina 38



Claudia Sheinbaum Il Messico elegge la prima donna di Sara Gandolfi a pagina 12

VALLEVERDE SOFTSYSTEM MADE IN ITALY

Dopo le polemiche il senatore Borghi «straconferma» la richiesta di dimissioni. Conte: un attacco indegno

Frenata di Salvini sul Quirinale

Meloni: è la sinistra che non rispetta il Colle. E sul premierato: se perdo non lascio

La guerra L'Egitto: Hamas apre



Il primo ministro israeliano Benjamin Netanyahu, 74 anni

Gaza, spiragli di intesa Netanyahu: tregua, ma per ora a tempo

di Davide Frattini

Piccoli spiragli di dialogo nel conflitto in Medio Oriente. Il premier Benjamin Netanyahu favorevole a una tregua a tempo per permettere la liberazione degli ostaggi. Ma la destra ultranzista minaccia di far saltare la stabilità del governo. Segnali di apertura anche da parte di Hamas. Terzo attore, gli Stati Uniti del presidente Joe Biden che cercano di mediare tra le parti.

alle pagine 8 e 9

GLI STRAPPI DI TROPPO

di Roberto Gressi

Si dirà, dopo gli attacchi della Lega a Mattarella: è la campagna elettorale, che volete farci? Non sfugga quanto di positivo c'è in questo ragionamento. Esprime la voglia di denriticare, di confermare che la democrazia è salda, che l'unità nazionale è un pilastro, e che non saranno battute estemporanee e sguaiate a minarla. Certo però quello che è successo il 2 giugno, Festa della Repubblica, è molto di più di una scivolata sgradevole. Eccola la frase di Sergio Mattarella: «Con l'elezione del Parlamento europeo consacreremo la sovranità dell'Unione». Altro non è che un riferimento esplicito all'articolo 11 della Costituzione, della quale è il primo garante. Claudio Borghi, leghista con un eloquio che non conosce sfumature, insorge e chiede le dimissioni. Il suo segretario nonché vicepresidente del Consiglio, Matteo Salvini gli dà man forte, magari sperando di raggranellare qualche voto. Salvo in seconda battuta correggersi dicendo che il suo pensiero è stato travisato, e poi garantire al presidente il rispetto suo e del suo partito. La chiediamo così? Magari ci piacerebbe dimenticare presto questa pagina spiacevole, ma purtroppo non dipende solo da noi. Gli strappi istituzionali non vanno via con un bucato, lasciano cicatrici, e contribuiscono a incollarci addosso un giudizio, che con tanta fatica abbiamo combattuto: «L'Italia è così, è inaffidabile».

continua a pagina 36

GIANNELLI



«Noi europeisti Sono solidale con Mattarella»

di Paola Di Caro a pagina 4

No euro, no Vax Borghi e l'ascesa nel Carroccio

di Fabrizio Roncone alle pagine 2 e 3

di Marco Cremonesi e Monica Guerzoni

Polemica con il Quirinale, la Lega raffredda la tensione. Frenata del ministro Matteo Salvini. Interviene anche il premier Giorgia Meloni che punta il dito contro la sinistra: sono loro a non rispettare il Colle. Ma il senatore del Carroccio Claudio Borghi rinfocola la polemica. E «straconferma» la richiesta di dimissioni di Mattarella. Il leader del M5S Giuseppe Conte parla di attacco indegno. Sempre sul premierato Meloni garantisce che anche in caso di «no» resterà al suo posto.

da pagina 2 a pagina 7

Tennis Il serbo acciaccato vince in 5 set a Parigi. Oggi in campo Sinner



La sofferenza di Nole Djokovic prima del trionfo nella partita infinita al Roland Garros. Una rimonta incredibile con il ginocchio malconco

Infortunio, rimonta e impresa: Djokovic, campione indomabile

di Marco Imarisio e Gala Piccardi

Nole Djokovic resta aggrappato al primo posto dopo una partita che ha rischiato di perdere per un infortunio al ginocchio. Cade e si rialza, impresa contro l'argentino Cerundolo al quinto set. Oggi Sinner contro il bulgaro Dimitrov.

a pagina 53

Padova La confessione ritrattata «La lite, poi ho gettato Giada dal cavalcavia»

di Roberta Polese e Alfio Sciacca

«L'ho seguita dopo una lite, Giada mi insultava... a un tratto l'ho afferrata per le ginocchia e l'ho sollevata oltre la ringhiera». Andrea Favero confessa e poi ritratta.

a pagina 16

Ragazzi annegati Il soccorritore «L'ho vista e speravo che Patrizia fosse viva»

di Agostino Gramigna

«I genitori mi hanno chiesto del bracciale e della collana. Erano di Patrizia... così ci siamo abbracciati. Avevo voluto ritrovarla in vita». Il racconto di Emanuel, il volontario della protezione civile.

a pagina 17

Firma per il 5X1000 a Medici Senza Frontiere.

Codice fiscale 970 961 20585

msf.it/5x1000



IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

La febbre che non passa

Come tutti i populisti, Nigel Farage non è la medicina e neanche la malattia, ma il termometro. Candidandosi alle imminenti elezioni inglesi, l'uomo che inventò la Brexit certifica come la destra classica, moderata nei costumi e aperta in economia, non esista più nemmeno nel Paese che ne fu la culla. La mia generazione è cresciuta con, o contro, i democristiani in Italia e Germania, i gollisti in Francia, i conservatori in Gran Bretagna e i repubblicani in America. Partiti e movimenti che, pur avendo una base popolare, rappresentavano l'anello di congiunzione tra il ceto medio e l'establishment. Erano i portavoce della maggioranza silenziosa che si faceva sentire soltanto nelle urne. Gli interpreti di una società capitalistica che riusciva ancora a garantire stipendi di-



gnitosi e (almeno in Europa) assistenza e istruzione gratuite a quasi tutti. Adesso che quei diritti acquisiti sono diventati privilegi di minoranza anch'esse sempre più impaurite, non molti possono concedersi il lusso di demonizzare la beccheraggine e la mancanza di scrupoli del leader populista, a cominciare da quel Trump che tutti li contiene. Chi, pur lavorando come una bestia, fatica a mantenersi da solo — figuriamoci a sfamare una famiglia — vede nei politici tradizionali i colpevoli di questo declino e nei Farage che li attaccano i megafoni del proprio disagio. Darà retta ai populisti fino a quando avrà la sensazione che siano gli unici interessati a parlare con lui e, soprattutto, di lui.

© ILLUSTRAZIONE: WELLSFARGO

VALLEVERDE SOFTSYSTEM MADE IN ITALY advertisement with image of a woman

LA CRONACA

Quei figli clandestini di Varenne truffa con il seme dello stallone

IRENE FAMÀ - PAGINA 22



L'INCHIESTA

Strage all'Esselunga di Firenze "Senza giustizia da 100 giorni"

FILIPPO FIORINI - PAGINA 19



L'AMBIENTE

Non confondete tempo e clima anche se piove resta l'allarme

MARIO TOZZI - PAGINA 29



LA STAMPA

MARTEDÌ 4 GIUGNO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 158 II N.153 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

IL TIMORE DI FRATELLI D'ITALIA: TENTATIVO DI SABOTARE IL PREMIERATO. LE OPPOSIZIONI: "TROPPI SILENZI DA PALAZZO CHIGI"

Attacco a Mattarella, governo in tilt

Salvini corregge il tiro: la Lega rispetta il Presidente. Tajani si smarca. Meloni: "Caso chiuso"

L'INTERVISTA

Zagrebsky: "In corso l'occupazione del potere"

ANNALISA CUZZOCREA



«Le Costituzioni si fanno quando i popoli sono sobri a valere per quando sono ubriachi». Questa, per Gustavo Zagrebsky, è una buona definizione di Costituzione. Che richiama - non è un caso che il presidente emerito della Consulta lo faccia - quel che va ripetendo il presidente della Repubblica Sergio Mattarella: la Carta è stata scritta per i tempi lunghi. Anche questo, deve tenere a mente chi si propone di cambiarla.

Presidente Zagrebsky, si aspettava un attacco a Mattarella da parte della Lega proprio il 2 giugno?

«Abbiamo avuto presidenti della Repubblica presunti golpisti. Custodi della Costituzione che però la volevano cambiare. E, finalmente, presidenti garanti della Costituzione, come Mattarella. In quale tipo di presidente amiamo riconoscerci?»

Direi nell'ultimo. E questo dice molto di chi lo attacca.

«La domanda era retorica. È latente un conflitto: il presidente della Repubblica non perde occasione per parlare della lungimiranza della Costituzione. Le leggi ordinarie nascono dalle esigenze che mutano, le Costituzioni guardano ai tempi lunghi».

Che cosa pensa del dibattito sulla riforma costituzionale?

«Che non c'è».

CONTINUA A PAGINA 5

CARRATELLI, CAPURSO, DI MATTEO MAGRI, MOSCATELLI

Salvini fa la parte di quello che vuole superare l'incidente, Tajani prende le distanze dai leghisti, Meloni glissa sullo scomposto attacco degli alleati a Mattarella. - PAGINE 2-4

LA POLEMICA

Giocare con la X Mas riduce la Storia a farsa

GIOVANNI DE LUNA

Il generale Vannacci è candidato per la Lega alle europee; Pina Castiello sottosegretario ai rapporti con il Parlamento, in quota Lega. Entrambi evocano la X Mas. - PAGINA 6

LA POLITICA

Guerini: "Tarquinio? Con la Nato più sicuri"

Francesca Schiavich

Perché Schlein sceglie il palco di Berlinguer

Marcello Sorgi

SHEINBAUM PRESIDENTE: DOVRÀ GUARIRE IL PAESE DALLA VIOLENZA

Señora Mexico



Paco Taibo: "Sottragga i giovani ai narcos"

ALBERTO SIMONI

«Claudia contro i narcos serve un approccio a lungo termine, basta con le visioni miopia». La voce di Paco Ignacio Taibo II arriva stanca. Ha scrutato ogni piega di queste elezioni. - PAGINA 17

RAQUEL LONPINA/REUTERS

LA SALUTE

Pressing su Giorgetti torna il decreto anti liste d'attesa Lincognita risorse

PAOLO RUSSO



Dopo il pressing del tandem Meloni-Schillaci su Giorgetti il governo partorisce un decreto legge soft sulle liste di attesa. - PAGINA 20

L'EDUCAZIONE

Se per 7 bimbi su 10 non c'è posto al nido

CHIARA SARACENO

I servizi educativi per la prima infanzia - nidi e scuole dell'infanzia - sono un tassello fondamentale del Pilastro sociale Ue. Per la Dichiarazione di La Hulpe "Futuro dell'Europa Sociale, aiutano i genitori, e in particolare le madri, a conciliare un'occupazione remunerata con le responsabilità di cura. CAMILLA - PAGINA 21



IL MEDIO ORIENTE

Gaza, Netanyahu frena la tregua offerta da Biden

GIORDANO STABILE



Benjamin Netanyahu ha ritrovato subito i suoi spazi di manovra in un gioco che punta soltanto a prendere tempo, se possibile fino al 5 novembre. DEL GAYTO - PAGINE 12 E 13

L'UCRAINA

Ma la pace di Zelensky non può ignorare Putin

DOMENICO QUIRICO

D'accordo. Da più di vent'anni il mondo è arcipelago di mutamenti, guerre, genocidi, sovversioni, terrorismo. Il rinascere di guerre di religione e di pulizie etniche ci ha portato oltre la paura rendendoci sordi e insensibili. Abbiamo perso la memoria e, storditi, abbiamo dimenticato cosa c'era prima e non cerchiamo di spiegare l'inaudito. Il disordine ci circonda con la stessa normalità delle nubi sopra la testa. - PAGINA 29

I DIRITTI

Così la Corte dei conti ridà dignità a Eluana

ELENA LOEWENTHAL

La Corte dei Conti ha condannato in appello l'ex direttore generale della Sanità della Lombardia, Carlo Lucchina, a pagare all'erario i 175 mila euro che la Regione aveva dovuto erogare a Beppino Englaro a titolo di risarcimento per essere stato costretto a trasferire la sua Eluana in una struttura privata di Udine. - PAGINA 29 - STRAVO - PAGINA 20



BUONGIORNO

L'accusa più sbalorditiva rivolta alle democrazie occidentali è di considerarsi migliori di altri paesi, dove la democrazia non c'è. Io dubbi non ne ho. La democrazia è il sistema di governo migliore e migliori sono le nostre società: della democrazia amo di poter prendere il passaporto e andare dove mi pare senza che il mio governo me lo impedisca, cosa che altrove succede; amo leggere i libri che ritengo senza che il mio governo me li proibisca, cosa che altrove succede; amo guardare i film che scelgo senza che il mio governo me li censuri, cosa che altrove succede; amo pregare il mio Dio o anche nessun Dio senza che il mio governo me ne imponga uno suo, cosa che altrove succede; amo vestirmi come voglio, amare chi voglio, sentire la musica che voglio senza che il mio governo mi dica che quel vestito, quell'a-

Un posto migliore

MATTIA FELTRI

more e quella musica sono roba del demonio, cosa che altrove succede; amo parlar male del mio governo senza che il mio governo mi impicchi o mi rinchioda in un carcere, cosa che altrove succede. Arrivato a metà strada fra i cinquanta e i sessanta, amo ancora andare a votare e ci vado ogni volta, sebbene con distacco crescente, perché la democrazia mi garantisce che vince la destra o la sinistra, e qualcosa cambierà, in fondo non troppo, ma potrò continuare a seguire il mio Dio, le mie idee, i miei gusti, le mie opinioni, e cioè di esercitare quel tanto di libertà che la condizione umana consente. Se non si capisce che per queste ragioni la democrazia è migliore, e quindi sono migliori le nostre società, non si è capito nulla della democrazia e di che cosa succede quando la democrazia non c'è. —

SCM
INSONORIZZAZIONE INDUSTRIALE SRL
...al servizio dell'uomo e del suo ambiente...
www.scmsonorizzazione.it

AGRI ZOO 2
PET SHOP
WWW.AGRIZOO2.IT

Martedì 4 giugno 2024 ANNO LVIII n° 132 1,50 € San Filippo Sinaldona

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



VALLEVERDE SOFTSYSTEM

Editoriale

Il dibattito sul premierato in Senato DOVE LA POLITICA DÀ IL MEGLIO

AGOSTINO GIOVAGNOLI

Politica - oggi più che mai - è anche scelta tra linguaggi diversi. Da una parte, c'è quello "basso": approssimazione, superficialità, fake news; poi espressioni sguaiate, affermazioni trancianti, annunci propagandistici; infine, arroganza, disprezzo, vulgarietà. È il linguaggio prevalente in questa campagna elettorale, che però non scomparirà dopo il 9 giugno: è infatti il linguaggio dello scontro, sempre legato alla contrapposizione ad un nemico, vero o presunto. Dall'altra parte, c'è quello "alto": serietà, profondità, rigore; poi analisi, argomenti, risultati; infine, rispetto, dialogo, collaborazione. È risuonato nel dibattito in Senato sul premierato. I media lo hanno quasi ignorato, enfatizzando piuttosto il tentativo di rissa scatenata per silenziarlo: è lo show che prevale sulla notizia. Invece, merita di essere sottolineato che la classe politica dà il meglio di sé in Parlamento, un'istituzione che spinge a tener conto della storia passata, del bene comune e di una responsabilità condivisa davanti al "popolo". Non è un problema di buone maniere. Né ha a che fare con il formalismo di strutture autoritarie ormai tramontate. Nessuno, inoltre, vuole discorsi involuti, frasi incomprensibili, vuota retorica. La questione è politica. Secondo i populisti, l'"abbassamento" del linguaggio politico è un modo per parlare, compararsi, essere "come il popolo". Ma è un'affermazione arbitraria. Non è vero, infatti, che approssimazione, arroganza, scontro siano necessariamente più "popolari" di serietà, rispetto, confronto.

continua a pagina 24

Editoriale

Perché in fondo siamo tutti migranti L'UMANITÀ IN MOVIMENTO

ROSANNA VIRGILI

La Scrittura apre innanzitutto un cammino, porta speranza su una visione in movimento, spinge a una estroversione. È la storia di Adam, che una Voce volle far uscire da un sé triste e solo per trovare nell'altra un corpo di corrispondenza, la sua stessa carne, le sue stesse ossa (Gen 2,23). Un'area di libertà e di canto dove crescere e moltiplicarsi. Paese d'incontro, amicizia, solidarietà per coltivare insieme un giardino promesso e promettente. Ed ecco che Abramo torna sui passi di Adam e, spinto ancora da una Voce, esce dalla sua terra d'Oriente e va nella terra di Canaan. Ma chi pensasse che basti un viaggio per fare la storia d'un uomo si sbaglierebbe: quando in Canaan si abbatte la carestia Abramo riparte e scende in Egitto, e quando, in seguito, l'Egitto lo perseguita, Abramo si ripresenta sulla strada per raggiungere ancora il paese dei Cananei. Qui, del resto, resterà sino alla morte con lo statuto di straniero. Non per nulla i suoi figli, di generazione in generazione, così ne faranno memoria: « Mio padre era un arameo errante... » (Dt 26,5). Nella sua vita da migrante Abramo abbraccia le donne che incontra e costruisce con esse la sua discendenza: il suo primogenito, Ismaele, è figlio di Agar, egiziana, Isacco è figlio di Sara che in una parabola profetica viene evocata come litina (« Tuo padre era un Arameo e tua madre litina »; Ezechiele 16,1) e, dopo la morte di Sara, dalla cananea Ketura Abramo avrà altri sei figli. Un migrante, dunque, è Abramo e la sua famiglia è multietnica. Non sarà mai pertanto possibile parlare di sostituzioni etniche poiché il sangue è già misto e la lingua colma di forestierismi.

continua a pagina 5

IL FATTO Nel Messaggio per la Giornata Mondiale del Rifugiato il richiamo all'Esodo e al cammino degli Ebrei

Incontro ai migranti

Francesco: « Avvicinandoci a chi è nel bisogno, ci apriamo a Cristo. È lui che bussa » Il cardinale Czerny: no alla propaganda o all'uso ideologico in vista delle elezioni Ue



MEDIO ORIENTE Trattative su durata e ostaggi

Israele, nel governo diviso uno spazio per la tregua

Bregi a pagina 2

Dio cammina con i migranti. E molti di loro - fanno esperienza del Dio compagno di viaggio, guida e ancora di salvezza. C'è un richiamo forte all'Esodo al cuore del Messaggio per la 11 Da Giornata Mondiale del Migrante e del Rifugiato che sarà celebrata domenica 29 settembre. « L'incontro con il migrante, come con ogni fratello e sorella che è nel bisogno - scrive infatti Francesco -, è anche incontro con Cristo, Ce l'ha detto Lui stesso. È Lui che bussa alla nostra porta affamato, assetato, forestiero, nudo, malato, carcerato, chiedendo di essere incontrato e assistito ». Il cardinale Michael Czerny, prefetto del Dicastero per il servizio dello sviluppo umano integrale, presentando il documento ha esortato a non fare "propaganda" e "ideologia" sul tema dei migranti.

Cardinale a pagina 5

IN TUNISIA Nuova stretta contro le Ong: « Arrestati i soccorritori »

« La situazione qui sta precipitando » mette subito in chiaro, all'inizio della conversazione, una fonte ben informata che a Tunisi opera all'interno del sistema di protezione e assistenza di migranti e richiedenti asilo. Chiede di rimanere anonima, perché il contesto si fa rischioso.

Ghirardelli a pagina 4

UCRAINA Ai confini crescono le barriere difensive



Missili Usa su terra russa E l'Europa si "fortifica"

Palmas e Scavo (Inviato) a pagina 3

LE INTERVISTE La politica estera, con relativi distinguo, chiave per i due leader

Tajani: noi sinceri europeisti Conte: no a vertici di guerra



Antonio Tajani

Interviste ad Antonio Tajani e Giuseppe Conte in vista delle europee. Il ministro e leader di Forza Italia sottolinea che « siamo fino in fondo europei, ma questo non significa che dobbiamo rinunciare alla nostra identità italiana. Io la penso come Matarrella - Un bispep Vindler Levy? « Vedremo, dopo il voto se il suo nome supererà il taglio di Consiglio e Parlamento. L'unica cosa certa è che il Ppe sarà decisivo ». Les premier punta tutto sul no ai confini: « La pace si fa coltivando il dialogo tra le parti. Mettici invece si vanta di aver scommesso sulla vittoria militare contro la Russia. Noi non sosteniamo una Commissione con l'obiettivo che non si impegni per la pace. M5s sarà in un gruppo progressista e la nostra delegazione sarà decisiva contro i nazionalismi ».



Giuseppe Conte

Iasevoli e Spagnolo alle pagine 6 e 7

BILANCIO SOCIALE

Il 20% di chi va alla Caritas lavora

Lambruschì a pagina 11



LE PARITARIE

Infanzia, più fondi nonostante i tagli

Ferrario a pagina 10

CLAUDIA SHEINBAUM

Eletta « la presidenta » prima donna in Messico

Ferrari e Molinari a pagina 12

Libera

Libera o schiavitù?

« D i romanzo in romanzo Michel Houellebecq non fa che insistere, scava nella materia arrivando nella sua intima profondità, esplora l'erogica dei fallimenti amorosi, l'impossibile ricerca della felicità in questo mondo ». È quanto scrive Jean de Saint-Cheron nel suo Chi crede non è un borghese (Lev), nel quale approfonisce le "spie narrative" in senso spirituale dell'autore francese. Di cui dà questa definizione: egli « dipinge il nostro mondo con realismo (un arte che già lo avvicina al cristianesimo) ». Prendiamo la questione della rivoluzione sessuale: Houellebecq ne dà

Dio fra le righe

Lorenzo Fazzini un'interpretazione che lo avvicina, ad esempio, ad un Pier Paolo Pasolini, con una visione che non si discosta da quanto il pensiero cattolico ha argomentato: « Fa un certo effetto - scrive in Le particelle elementari (Bompiani) - come spesso tale liberazione sessuale venisse presentata sotto forma di ideale collettivo mentre in realtà si trattava di un nuovo stadio nell'ascesa storica dell'individualismo. Coppia e famiglia rappresentavano l'ultima isola di comunismo primitivo in seno alla società liberale. La liberazione sessuale ebbe come effetto la distruzione di queste comunità intermedie, le ultime a separare l'individuo dal mercato. Un processo di distruzione che continua oggi ».

Letteratura

Beatrice, figura di vita tra il dicibile e l'indicibile

Agamben a pagina 26

Filosofia

Neil Levy: « Contro la disinformazione la razionalità non basta »

Bonicatti e Lavazza a pagina 27

Anniversario

Trent'anni dopo risuona ancora la voce di Massimo Troisi

Castellani a pagina 28

Agorà

IL CORAGGIO DELL'OLTRÈ Cardini / Festa / Girone / La Cecla / Montesano / Muscati LUOGHI INFINITI

IL DOSSIER

Sanità, le riforme mancate liste d'attesa e pandemia tutti i flop di Schillaci

Oggi in Cdm il decreto
per ridurre i tempi di visite
ed esami. Ma le Regioni
attaccano: "Mancano i fondi"

di Michele Bocci

Un decreto dimezzato, praticamente senza risorse o comunque con risorse non adeguate, oggi arriva al Consiglio dei ministri. Il decreto legge per tagliare le liste d'attesa, annunciato tante volte dal ministro della Salute, rinvia al futuro molte misure, quelle legate ai soldi. Ancora una volta, Orazio Schillaci paga il suo status di tecnico nel governo. È medico, ex rettore a Tor Vergata, e ha le idee chiare su come muoversi, ma per lui è difficilissimo fare la voce grossa nella maggioranza. Spesso deve zittirsi. E così, tra fondi che non gli vengono riconosciuti e nomine discutibili imposte dalle correnti di FdI, da quando è in carica non ha portato a casa nulla di veramente significativo. Giusto una misura contro i medici gettonisti, peraltro presenti solo in alcune Regioni, e un'altra per riorganizzare il ministero riempiendolo di nuove posizioni di comando, per soddisfare la fame di posti della politica.

"Abbiamo partorito un topolino"

L'idea era fare un decreto sulle liste di attesa prima delle Europee. La carenza di soldi ha suggerito di spacchettarlo, tenere alcune misure e inserirne altre in un assai più lento disegno di legge. Oggi dovrebbero essere annunciati il nuovo sistema di monitoraggio delle liste, la possibilità per Agenas (l'agenzia delle Regioni) di fare audit nelle Asl, il Cup (Centro unico di prenotazioni) regionale e nazionale. Il passaggio più interessante dice che, se visite ed esami non sono assicurati nei tempi previsti, «le Asl garantiscono al cittadino la prestazione in intramoenia o nel privato accreditato». Per la misura però servono soldi (si stima un miliardo) e così le modalità di applicazione saranno definite più avanti. Si annuncia l'innalzamento del tetto di spesa per le as-

sunzioni con la promessa che dal 2025 sarà eliminato. Critiche le Regioni. Guido Bertolaso, assessore alla Salute della Lombardia, realtà non nemica del governo, ha detto: «Non siamo di fronte a una rivoluzione rispetto ai problemi che gestiamo quotidianamente. Se queste sono le novità stiamo partorendo un topolino». Le Regioni, che lamentano di non essere state consultate per la stesura, aggiungono che buona parte delle misure le adottano già.

Lo smacco dei Livelli di assistenza

Ampliare i Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè il minimo comun denominatore della sanità, doveva aumentare le prestazioni disponibili per i cittadini. Dopo un primo via libera delle Regioni, Schillaci si è più volte vantato di aver raggiunto l'obiettivo.

Nell'aprile scorso però è saltato tutto. Alle nuove prestazioni erano infatti abbinate anche nuove tariffe per gli esami di laboratorio. Ma i titolari di strutture private hanno fatto pressione, in particolare sul Lazio, alle quali il ministero non ha saputo replicare, e alla fine è saltato tutto, benché il Mef abbia protestato perché aveva già anticipato dei fondi per i Lea. Se ne riparla l'anno prossimo.

Il maxi tavolo scomparso



Il progetto era ambizioso: ridisegnare due aspetti fondamentali della sanità, cioè gli standard dell'assistenza territoriale e di quella ospedaliera. A inizio luglio dell'anno scorso il ministro ha nominato primo tavolo di esperti, tutti uomini. Le polemiche hanno convinto Schillaci a fare nuove nomine. Ben 76 persone si sono riunite e hanno discusso le riforme. Da mesi gli incontri si sono interrotti. Nessuno ha avuto più notizie dei risultati, neanche i partecipanti.

Le idee stoppate dalla maggioranza

In alcuni casi la maggioranza ha palesemente bloccato le proposte del ministro. A gennaio 2023 Schillaci, che è un medico e conosce bene i danni del fumo, annuncia-

va una stretta sulle sigarette, in particolare il divieto anche all'aperto se ci sono donne incinte e bambini e lo stop alla pubblicità di quelle elettroniche. Nulla di fatto, tutto bloccato.

E grandi polemiche, nella maggioranza, ha provocato anche la bozza del nuovo Piano pandemico. È stata presa di mira da esponenti di Lega e Fdi perché, come chiede l'Oms, prevedeva, in caso di una nuova pandemia, una serie di misure del tutto simili a quelle adottate dall'Italia quando all'opposizione c'era l'attuale maggioranza. Anche qui è arrivato lo stop.

Il pasticcio dei soldi per gli ospedali

Una voce molto pesante per la sanità riguarda un provvedimento del ministro al

Pnrr Raffaele Fitto cui Schillaci non ha potuto opporsi. Il governo ha infatti tolto 1,2 miliardi del Piano complementare collegato al Pnrr destinati alle Regioni dal programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", che finanzia interventi per l'antisismica e l'antincendio.

In molte realtà, specialmente del Centro-Nord, gran parte dei lavori sono già appaltati. Fitto ha detto che i soldi si potranno reperire in un altro fondo, il cosiddetto "articolo 20" che è stato istituito molti anni fa e serve a pagare l'edilizia sanitaria. Assessori e presidenti si sono rivoltati, minacciando ricorsi. Ad oggi non è chiaro come richiedere quei soldi.



▲ Il ministro

Orazio Schillaci, 58 anni, medico, già rettore di Tor Vergata, dall'ottobre 2022 è ministro della Salute nel governo Meloni



Sanità, piano in due fasi per tagliare le liste d'attesa

► Oggi al consiglio dei ministri sia il decreto legge che il disegno di legge di riforma
Il ministro Schillaci: «In questo modo alcune misure diventeranno subito operative»

IL CASO

ROMA Alla fine si è scelta la strada del doppio provvedimento per varare la riforma delle liste di attesa: una parte degli interventi sarà inserita nel decreto-legge, che dunque prevede un'attuazione più rapida visto che dovrà essere convertito entro 60 giorni; un'altra è inserita nel disegno di legge, che prevede il passaggio parlamentare e quindi una tempistica molto più diluita, ma questa soluzione consentirà di trovare i finanziamenti che al momento mancano. Spiega il ministro della Salute, Orazio Schillaci: «Alcune misure saranno subito operative dopo il Consiglio dei ministri - previsto per oggi - penso all'aumento del tetto di spesa per l'assunzione del personale che passerà dal 10 al 15 per cento. Da subito un'agenda pubblica di prenotazione con le disponibilità nel pubblico e nel privato convenzionato, basta con le liste chiuse. Altre saranno attive, spero, con l'inizio dell'anno nuovo, dal primo gennaio 2025». Il ministro ha illustrato questo scenario ieri sera ospite della trasmissione di Bruno Vespa "Cinque minuti": «Vorremmo abolire il tetto di spesa sull'assunzione del personale che rappresenterebbe un risultato epocale. Stiamo lavorando per avere prestazioni entro le 72 ore, laddove indicato, per esempio per una tac». Altra innovazione: l'agenda unica delle prenotazioni. Schillaci: «Avrà le disponibilità nel pubblico e nel privato convenzionato, ci saranno vantaggi subito attraverso il decreto legge. Non è così infatti nella maggior parte delle regioni». Altre mosse: studi medici e laboratori aperti anche nei festivi e

nelle ore serali e ricorso alla sanità privata convenzionata.

CONFRONTO

Queste scelte sono state illustrate ieri pomeriggio alle Regioni dal capo di gabinetto del Ministero della Salute, Marco Mattei, e dal sottosegretario Marcello Gemmato. Secondo Raffaele Donini, che è assessore regionale alla Sanità in Emilia-Romagna nonché coordinatore della Commissione salute delle Regioni, questo metodo ha suscitato «imbarazzo» e queste perplessità valgono anche per quelle governate dal centrodestra. «Non ci è stato consegnato neppure il testo dei due provvedimenti - ha commentato Donini - Per questo abbiamo chiesto tempo per discutere. D'altra parte senza finanziamenti non ci sono le possibilità di aumentare l'offerta e di incidere sull'appropriatezza della domanda. Così il problema delle liste di attesa non sarà risolto». Le Regioni hanno anche forti perplessità sull'ispettorato creato al Ministero della Salute per controllare le Asl inadempienti, perché questo «va a invadere le competenze delle Regioni, altro che autonomia differenziata, si va alla centralizzazione».

SVOLTA

Cosa prevede la riforma che arriverà oggi al Cdm, salvo colpi di scena dell'ultimo minuto? Vediamo più nel dettaglio: nel decreto ci sarà la Piattaforma nazionale per le liste d'attesa per un monitoraggio costante seguito da Agenas. In parallelo, sempre nel decreto (dunque con tempi rapidi) nasce l'ispettorato generale di controllo sull'assistenza sanitaria che dipenderà dal Ministero della Salute: dovrà vigilare sulle aziende sanitarie e ospedaliere per come gestiscono le liste d'attesa e attuano i piani per miglio-

rare i tempi delle prestazioni (esami e analisi). Confermato il Cup unico regionale o infraregionale che deve contenere la gamma completa di prestazioni disponibili sia pubbliche sia del privato convenzionato. Inoltre, ci sarà la possibilità di acquistare prestazioni intramoenia o dal privato accreditato in caso di attese troppo lunghe. Nel disegno di legge, invece, quindi dal 2025, c'è un'altra serie di misure per abbattere le liste d'attesa e consentire ai cittadini di ottenere appuntamenti per analisi, esami o visite mediche specialistiche in tempi rapidi. Tra l'altro, si parla di aumento della tariffa oraria del personale medico del 20 per cento per le prestazioni aggiuntive con tassazione al 15; 100 milioni di fondi per aumentare a 100 euro l'ora la tariffa oraria degli specialisti ambulatoriali interni per il recupero delle liste d'attesa; incarichi libero professionali per gli specializzandi fino a 10 ore settimanali (non più 8). Sono previste anche norme relative a premi e sanzioni dei direttori a seconda dei risultati ottenuti.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SERVE PIÙ TEMPO
PER TROVARE
I FONDI
NECESSARI
A FINANZIARE
L'INTERO PROGETTO
VERTICE
CON LE REGIONI
CHE SI DICONO
PERPLESSE:
«NEPPURE CI HANNO
DATO IL TESTO»**



Ispettorato di controllo e Cup Unico: le misure

LA SCHEDA

ROMA Come saranno articolati nelle due differenti declinazioni - decreto-legge e disegno di legge - le misure per l'abbattimento delle liste di attesa? Prima di tutto: il consiglio dei ministri è convocato per oggi alle 11.30 a Palazzo Chigi. Questo l'ordine del giorno: decreto legge su «misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie»; disegno di legge su «misure di garanzia sulle prestazioni sanitarie».

ISPETTORATO

Partiamo dal decreto-legge. Gli articoli sono 7, così suddivisi: 1, istituisce presso Agenas la Piattaforma nazionale per le liste d'attesa di cui si avvale il Ministero della Salute; 2, istituisce l'Ispettorato generale di controllo sull'assistenza sanitaria alle dirette dipendenze del Ministero della Salute e verifica, presso le aziende sanitarie e ospedaliere, il corretto funzionamento del sistema di

gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste; 3, prevede l'obbligo di un Cup unico regionale o infraregionale con tutte le prestazioni disponibili del pubblico e del privato convenzionato. Se le prestazioni non vengono erogate nei tempi previsti dalle vigenti classi di priorità, le aziende garantiscono al cittadino la prestazione in intramoenia o attraverso il privato accreditato; 4, potenziamento dell'offerta assistenziale con visite ed esami diagnostici anche il sabato e la domenica, prolungando la fascia oraria; il 5 e il 6 riguardano i tetti di spesa sulle assunzioni e l'acquisto di prestazioni dal privato convenzionato; il 7, infine, prevede la creazione di una infrastruttura che utilizza l'intelligenza artificiale per ridurre le liste di attesa.

INCARICHI

Il disegno di legge ha 14 articoli. Alcuni esempi: 100 milioni di euro per aumentare a 100 euro l'ora la tariffa oraria degli specialisti ambulatoriali interni per il recupero delle liste d'attesa; incarichi libero professionali per gli specializzan-

di fino a 10 ore settimanali; premi e sanzioni dei direttori, in quota del fondo sanitario delle Regioni, legati al rispetto degli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa; creazione di un sistema nazionale di governo delle liste di attesa, una cabina di regia presieduta dal ministro che sovrintende l'elaborazione di un piano nazionale ad hoc e vigila sulla sua attuazione; norme sull'appropriatezza prescrittiva: in caso di prima visita o esame il medico ha l'obbligo di indicare la classe di priorità e il sospetto diagnostico.

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CONFERMATO
UN SISTEMA
DI SANZIONI PER
I DIRIGENTI ASL CHE
NON RAGGIUNGO
GLI OBIETTIVI**



LA SALUTE

Pressing su Giorgetti torna il decreto anti liste d'attesa L'incognita risorse

PAOLO RUSSO

Dopo il pressing del tandem Meloni-Schillaci su Giorgetti il governo partorisce un decreto legge soft sulle liste di attesa. - PAGINA 20



Slittano invece le norme sulla detassazione degli straordinari dei medici e l'uso degli specializzandi. Le Regioni: mancano i soldi, norme inapplicabili

Rimborsi per visite private e orari serali Torna il decreto contro le liste d'attesa

IL RETROSCENA

PAOLORUSSO

Alla fine dopo il pressing del tandem Meloni-Schillaci su Giorgetti il governo partorisce un decreto legge «soft» sulle liste di attesa, che pur con poche coperture economiche al momento contiene le due novità di maggiore impatto per i cittadini sulle quali però il Mef proverà a far muro fino al Cdm di oggi per motivi di costi.

La prima è che «se le prestazioni non vengono erogate nei tempi previsti dalle vigenti classi di priorità, le aziende garantiscono al cittadino la prestazione in intramoenia o attraverso il privato accreditato» è scritto nella nota illustrativa del decreto che abbiamo potuto visionare. «Le modalità - si specifica - sono definite con decreto del ministro della Salute da adottarsi entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione». Ed è su questa norma che si è incentrato il braccio di ferro con il Mef, tubante anche rispetto

all'aumento del tetto di spesa per il personale e quello del privato convenzionato.

Prevedendo che siano le Asl a garantire all'assistito la prestazione dal privato, anche se a tariffe concordate, si imprime una virata rispetto al tortuoso percorso attuale, che lascia invece al cittadino l'onere di anticipare la spesa chiedendo poi, non si sa come, il rimborso. A spanne, al ministero della Salute hanno calcolato intorno al miliardo l'impatto della misura. Anche se il problema della copertura si porrebbe più avanti, con l'emanazione del decreto attuativo di una disposizione per altro in vigore dal 1998 ma di fatto inapplicata.

Il decreto - che prevede una parte della riforma Schillaci per il resto rimandata a un ddl - prevede anche,

ed è questa l'altra novità di rilievo, che visite e accertamenti diagnostici vengano effettuati anche il sabato e la domenica, oltre che nella fascia serale. Resta da capire con quali soldi, visto che il lavoro serale

e festivo si paga doppio. Ma su questo, Schillaci al Mef ha fatto presente che larga parte del miliardo e mezzo assegnato in tre anni alle Regioni per l'abbattimento delle liste d'attesa non risulta ancora essere stato speso.

Il decreto ribadisce poi il divieto assoluto di chiudere le agende di prenotazione e l'obbligo per il privato di condividere le proprie con il Cup regionale, pena la perdita della convenzione con il Ssn. Questo perché oggi molte strutture private preferiscono gestirsi in proprio parte delle prenotazioni, finendo così per allungare i tempi di attesa.

Ai Cup spetterà anche il compito di richiamare i cittadini «per ridurre il feno-



meno delle prestazioni prenotate e non effettuate», che sono «circa il 20% dei casi». Se poi il cittadino non si presenta dovrà comunque pagare il ticket.

Stop anche al doppio lavoro dei medici, l'intramoenia, quando l'attività privata supera quella svolta in regime pubblico.

In ballo fino all'ultimo, per l'opposizione del Mef, sia l'aumento del tetto di spesa per il personale «per un importo complessivo del 15% dell'incremento del Fondo sanitario nazionale», sia quello del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni nel privato convenzionato. L'uno per cento in più per ciascuno degli anni dal 2024 al

2026 che vale complessivamente 369 milioni.

In un disegno di legge andranno le disposizioni ambite dai medici: l'aumento del 20% della tariffa oraria per le prestazioni aggiuntive, con la flat tax del 15% per le stesse ore extra. Sempre alle calende greche è rinviato l'aumento da 60 a 100 euro della tariffa oraria degli specialisti ambulatoriali delle Asl che si impegnano a ridurre le liste di attesa e gli incarichi libero-professionali agli specializzandi per abbattere le stesse. Nel ddl anche la possibilità per le farmacie di svolgere analisi di primo livello.

«Dall'inizio dell'anno nuovo - ha affermato Schillaci ieri sera nella trasmissione

Porta a Porta di Bruno Vespa - vorremmo abolire del tutto il tetto di spesa per il personale, un fatto epocale dopo 20 anni. Stiamo anche lavorando perché se un cittadino deve fare un esame, una tac per esempio, entro 72 ore, la faccia», ha aggiunto riferendosi alla norma salta-coda che consente di andare gratis dal privato quando il Servizio sanitario nazionale non ce la fa.

Mentre tra le Regioni, chiamate a discutere un provvedimento senza testo, è un coro bipartisan: «Un decreto senza soldi non ha senso e molte di quelle misure noi già le adottiamo». Con risultati che sono però sotto gli occhi di tutti. —

Così su La Stampa



La seconda puntata dell'inchiesta uscita su La Stampa di sabato e dedicata alle liste d'attesa nella Sanità. Nell'articolo veniva raccontato il declassamento del provvedimento del governo, da decreto legge a disegno di legge



Il problema delle liste d'attesa nella Sanità è irrisolto da decenni



Liste d'attesa, mini decreto e Ddl: cure nel weekend e privati per tagliare la fila

Oggi in Cdm

Dal 2025 superato il tetto di spesa sulle assunzioni. Si cercano le ultime coperture

Marzio Bartoloni

Se le cure non saranno erogate in ospedale nei tempi previsti (entro 72 ore per le più urgenti e fino ai 120 giorni per quelle programmabili) le Asl dovranno garantire al cittadino una sorta di "taglia fila" assicurando la prestazione in intramoenia (la libera professione in ospedale) o attraverso il privato accreditato con tariffe concordate. È forse questa la misura più importante per il cittadino contenuta nel piano per abbattere le liste d'attesa a cui ha lavorato fino a ieri sera il ministro della Salute Orazio Schillaci e su cui la premier Giorgia Meloni si vuole giocare l'ultimo scampolo di campagna elettorale. Sul piano da un mese si trascina un tira e molla con il Mef che ha alzato un muro sulle risorse a disposizione, tanto che oggi lo sbarco in Consiglio dei ministri arriverà attraverso uno spaccettamento: un decreto di 7 articoli - qui è in ballo il "taglia fila" - e, questa la novità, un disegno di legge di 14 articoli da approvare in tempi più lunghi con le misure per le quali dovranno essere trovate le altre coperture (dalla defiscalizzazione degli straordinari ai premi e alle sanzioni per i manager degli ospedali). «Vogliamo che se un cittadino deve fare un esame, una Tac, per esempio, entro 72 ore, la faccia a carico del Servizio sanitario. Sarebbe veramente epocale», ha sottolineato ieri Schillaci. Mentre le Regioni con il coordinatore degli assessori alla Salute Raffaele Doni-

ni protestano: «Non siamo stati coinvolti nel piano, ripartiamo lavorando insieme sulle misure».

Gli ultimi nodi si scioglieranno oggi con il primo via libera a questo pacchetto di misure, a partire proprio dal "taglia file" che secondo le stime dei tecnici della Salute potrebbe impattare per oltre un miliardo: Schillaci punta a inserirlo subito nel mini-Dl anche perché sarà comunque un decreto ministeriale a definirne le modalità entro 60 giorni. Sempre nel decreto legge è previsto che visite ed esami si facciano anche il sabato e la domenica ed entrano altre misure (queste a costo zero) a cominciare dall'attivazione della Piattaforma nazionale presso l'Agenas per monitorare prestazione per prestazione le liste d'attesa in tempo reale. Nasce anche un Ispettorato presso il ministero della Salute che vigilerà sulla correttezza della gestione delle liste indicando possibili sanzioni e con il suo personale che avrà «funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria», potendosi avvalere di Guardia di finanza e Nas. Scatta l'obbligo di creare un Cup unico regionale o infraregionale «con tutte le prestazioni disponibili» del pubblico e del privato convenzionato (cosa che oggi avviene solo in parte). I privati che non provvederanno si vedranno annullare il contratto, mentre diventa un requisito per avere l'accreditamento per chi non lo ha ancora. Sempre nel Dl oltre alle verifiche più stringenti sugli abusi dell'intramoenia da parte dei me-

dici che non deve «eccedere l'attività ordinaria» dovrebbe entrare - ma anche qui ci sono le ultime interlocuzioni con il Mef - il superamento del tetto di spesa sulle assunzioni di medici e infermieri: nel 2024 crescerà del 15% dell'incremento del Fondo sanitario, mentre dal 2025 sarà sostituito dai fabbisogni standard. Saranno ritoccati (anche qui Mef permettendo) i tetti di spesa per gli acquisti di prestazioni dai privati convenzionati, dopo i rialzi già previsti dall'ultima manovra.

Nel disegno di legge entreranno invece le misure sul personale, come la flat tax al 15% sugli straordinari del personale (oggi al 43%) o l'aumento della tariffa oraria (100 euro) per gli specialisti ambulatoriali fino agli incarichi (10 ore a settimana) per gli specializzandi. Sempre nel Ddl ci saranno i premi (incremento del 10% della retribuzione di risultato) e le sanzioni (che arrivano fino alla revoca dell'incarico) per i manager delle Asl nella gestione delle liste d'attesa, ma anche le misure per tagliare le ricette non necessarie per visite ed esami che ingolfano il Servizio sanitario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ORAZIO SCHILLACI

Per il ministro della Salute «vogliamo far sì che quando un cittadino ha bisogno di fare una prestazione, la faccia a carico del Ssn»



LO STUDIO DELLA UIL

Case di comunità, rischio «cattedrali nel deserto»

«A meno che non si intenda spostare personale sanitario dagli ospedali, svuotandoli di professionalità necessarie all'erogazione di un servizio sanitario pubblico efficiente e moderno, le strutture della medicina del territorio previste dal Pnrr, una volta costruite o reperite, rischierebbero di diventare delle cattedrali nel deserto». A lanciare l'allarme è la Uil, nel report sull'assegnazione delle risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi del Pnrr sulla missione 6 Salute. Incrociando i dati relativi agli standard del personale (Dm 77) con il costo unitario medio annuo indicato dal ministero dell'Economia - evidenzia il report - si evince che per far funzionare le 1038 Case di comunità indicate dal Pnrr servirebbe un investimento in personale stimabile in circa 1 miliardo di euro annui. Mentre per i 307 Ospedali di comunità previsti sarebbero necessari oltre 218 milioni euro. Infine, per coprire le spese per il personale delle 480 Centrali operative territoriali servirebbero 163 milioni di euro. Il fabbisogno totale stimato, dunque, è di 1 miliardo e 366 milioni per circa 30 mila professionisti.

A fronte di questi numeri, tuttavia, «l'impegno

totale previsto dello Stato è di soli 250 milioni per il 2025 e 250 milioni per il 2026», sottolinea la Uil, secondo cui, quindi «il Governo, purtroppo, sta investendo poco in sanità (le stime nazionali parlano del 6% del Pil) e non rimuove il tetto di spesa per l'assunzione di nuovo personale, paralizzando di fatto l'operatività delle strutture dedicate alla medicina del territorio». Per il sindacato «se non si realizzasse questo obiettivo, sarebbe il crollo del Servizio sanitario nazionale: non solo il Sud, ma anche il Nord del Paese rischierebbe di arretrare in Europa». Insomma c'è un grande rischio per il futuro delle strutture sanitarie della medicina del territorio: «Se anche il piano venisse attuato, dal punto di vista infrastrutturale, gli ospedali di comunità, le case di comunità e le centrali operative territoriali difficilmente potrebbero funzionare, a causa della forte carenza di personale, per il cui pagamento, è bene ricordarlo, le risorse non possono provenire dal Pnrr, ma dai bilanci nazionali», sottolinea il segretario confederale della Uil, Santo Biondo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pronto il nuovo piano cronicità: più pazienti, ma risorse al palo

La bozza. Obesità, endometriosi ed epilessia si aggiungono alle dieci patologie per le quali sono previsti percorsi di cura definiti. Resta il nodo fondi e personale

Barbara Gobbi

Una buona notizia sono i riflettori finalmente accesi sulle tre emergenze obesità, endometriosi ed epilessia, che vanno a rafforzare – ma non a completare – la platea dei pazienti cui guarda il nuovo Piano nazionale cronicità (Pnc). La “cattiva” è che nella bozza aggiornata del Piano, messa a punto dai tecnici della Programmazione del ministero della Salute e ora al vaglio degli uffici del ministro della Salute Orazio Schillaci, non compare un euro di finanziamento. Esattamente come nella prima versione del 2016, rimasta sulla carta con recipienti formali o al ralenti da parte di molte Regioni proprio per l’assenza di risorse. Con buona pace di numeri e costi: fino a 25 milioni i pazienti interessati di base, già nel 2019 (anno pre Covid, che ha aggravato la situazione) incidevano per 66,7 miliardi, destinati a diventare 70,7 mld nel 2028. Quando gli anziani, che oggi rappresentano il 24% del Paese e che sono i primi portatori di cronicità, saranno ancora lievitati facendo innalzare l’indice di vecchiaia (rapporto tra over 65 e under 15) dal 193,1% attuale al 305% del 2043 stimato dall’Istat.

La nuova versione del Piano inquadra un fenomeno che assorbe tra cure a casa e in ospedale l’80% dei costi sanitari, per non parlare dei 9 milioni di caregiver. Non a caso porta le malattie cui vanno dedicati specifici percorsi diagnostico-terapeutici (Pdta) a quota tredici: le tre nuove pa-

tologie – per un totale di circa 8 milioni di pazienti in più considerando 4 milioni di obesi, 3 milioni di donne con endometriosi e 600mila persone con epilessia – si aggiungono alle dieci già previste e cioè malattie renali, artrite reumatoide, retocolite ulcerosa e malattia di Crohn, insufficienza cardiaca cronica, Parkinson, Bpco e, per l’età evolutiva, insufficienza respiratoria, asma, malattie endocrine croniche e malattie renali.

I nuovi piani di cura dovranno tenere conto della svolta impressa dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) e declinata dal Dm 77 che a maggio 2022 ha riorganizzato l’assistenza sanitaria territoriale in Italia. Quindi il primo check del paziente cronico avverrà nei Punti unici di accesso (Pua) collocati nelle nuove case di comunità dove una équipe di operatori sanitari sarà deputata alla valutazione multidimensionale, passaggio fondamentale per la presa in carico e la taratura dell’assistenza necessaria. Ogni Pdta, chiarisce il Piano, va progettato per garantire presa in carico, appropriatezza delle cure, continuità assistenziale e standardizzazione dei costi. E dev’essere personalizzato tramite un Progetto di assistenza individuale (Pai) chiamato a configurare un ‘patto di cura’ in cui operatori sanitari, pazienti e caregiver “condividono il processo di gestione e lo rimodulano nel caso di cambiamenti nelle condizioni di salute”. In campo, per sostenere l’impalcatura, gli altri due tasselli della riorganizzazione modello Pnrr che sono telemedicina e interoperabilità

dei dati sanitari. Un’infrastruttura ancora in progress ma necessaria per

quella stratificazione della popolazione che, a monte, serve per valutare il profilo epidemiologico e programmare gli interventi nel setting più adeguato. A cominciare dal domicilio, dove entro il 2026 andrà seguito in Adi almeno il 10% degli anziani.

Ameno due grandi nodi però vengono al pettine e il nuovo Pnc ne dà conto: il primo sono banche dati e sistemi informativi ancora inadeguati o non dialoganti; il secondo è il personale, altra grande emergenza Ssn che si affianca alla cronicità. Medici ma soprattutto infermieri di comunità, cuore dell’integrazione sociosanitaria, sono anch’essi troppo anziani o non ci sono affatto. Un dato su tutti fa traballare il Piano: l’uscita per pensionamento di oltre 21mila infermieri nel quinquennio 2022-2027 che, a fronte dei 20mila stimati necessari per realizzare il disegno del Dm 77, fa sì che ne manchino all’appello almeno 16-17mila. Resta aperta la doppia domanda su ‘con chi’ e ‘con quali fondi’ l’Italia farà fronte all’emergenza cronicità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il primo check del paziente cronico avverrà nei Punti unici di accesso collocati nelle nuove Case di comunità



L'intervista. T. Aceti Presidente Salutequità

«Così resterà sulla carta, serve un meccanismo di verifica»

«**E** il piano delle 'buone intenzioni', destinato a restare sulla carta come il precedente di cui ripropone gli errori. A cominciare dall'assenza di un budget e di un meccanismo di verifica efficace. La speranza è che il ministro Schillaci, che aveva chiesto esplicitamente risorse dedicate per la cronicità, solleciti i necessari correttivi prima di trasmettere il testo alle Regioni». Il presidente di Salutequità Tonino Aceti tiene da sempre i riflettori accesi sulla cronicità e scorrere il documento qui anticipato dal Sole 24 ore non lo conforta.

Quali sono i gap principali?
Primo punto è l'assenza di fondi, a fronte di risorse dedicate per tutte le altre grandi progettualità, dal Piano oncologico al Piano malattie rare. Eppure l'Atto d'indirizzo del ministero della Salute sia per il 2023 che per il 2024 è chiaro: sull'emergenza cronicità bisogna investire. Questa bozza

disattende l'indicazione chiara del ministro della Salute.

Poi?

Poi manca il necessario orizzonte temporale, che tutti i piani hanno: altro peccato originale insieme all'assenza di un cronoprogramma capace di dettare il ritmo degli adempimenti. In teoria gli obiettivi potrebbero essere raggiunti anche in cento anni.

Ma nel testo un sistema di monitoraggio è tratteggiato
Peccato che sia totalmente inefficace: come nel 2016 si ripropone lo schema del monitoraggio delle delibere formalmente adottate dalle giunte regionali, senza tempistiche. Inoltre, la verifica interessa solo i Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali delle patologie incluse nel Piano: lasciare fuori tante altre malattie croniche preclude una visione di governance complessiva della cronicità. In ogni caso, il modello di monitoraggio

attivato non dialoga con il sistema degli adempimenti ai fini dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza.

In che senso?

Andrebbero previsti indicatori ad hoc nel Nuovo sistema di garanzia, introducendo ad esempio l'attività di stratificazione della popolazione, la telemedicina e modelli di medicina di iniziativa. Inoltre i Pdta per patologia devono diventare indicatori 'core', decisivi ai fini della valutazione di una Regione.

Anche perché una gestione appropriata della cronicità significa anche più sostenibilità

Esatto. Ma anche su questo fronte, il nuovo piano riporta le lancette indietro di decenni presentando i pazienti cronici come un fardello, un costo e non come un valore. Una prospettiva da rovesciare: l'approccio corretto è investire

in salute, anche e soprattutto per la cronicità.

—B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IIIMAGOECONOMICA



3 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Schillaci: il tetto per assumere il personale sale al 15%, un decreto e un Ddl sulle liste d'attesa

di Red.San.

La vigilia del Consiglio dei ministri che dovrà discutere le misure per abbattere le liste di attesa è stata fitta di incontri con un dialogo intenso tra il ministero della Salute e le Regioni che dovranno applicare le misure annunciate dal Governo.

L'idea che sta prendendo corpo è che l'annunciato decreto legge contenga per lo più misure organizzative, leggere sul fronte dell'impatto economico, e che sia accompagnato da un disegno di legge con i provvedimenti che richiedono investimenti più corposi.

Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ospite a 5 minuti da Bruno Vespa, conferma: "Alcune misure saranno subito operative dopo il Consiglio dei ministri di domani, penso all'aumento del tetto di spesa per l'assunzione del personale che passerà dal 10 al 15%". Le altre saranno attive "spero con l'inizio dell'anno nuovo, dal primo gennaio 2025". "Vorremmo abolire il tetto di spesa sull'assunzione del personale - ha sottolineato il ministro - che rappresenterebbe un risultato epocale". Schillaci ha parlato di "contatti febbrili" per cercare di rendere il provvedimento operativo il prima possibile. "Stiamo lavorando - ha detto - per avere prestazioni entro le 72 ore, laddove indicato, una tac, per esempio".



Da subito, ha confermato Schillaci, “finalmente ci sarà un’agenda unica di prenotazione, che metterà insieme tutte le prestazioni disponibili nel pubblico e nel privato convenzionato. Ancora non è così in gran parte delle regioni”. “Sarà ribadito che non è possibile, per un medico, per una struttura sanitaria - prosegue il ministro - effettuare in intramoenia un numero di prestazioni maggiore di quelle effettuate nel pubblico, perché questo incide sulle liste di attesa. E non è possibile”. E ancora, “da subito implementeremo un sistema di monitoraggio, una piattaforma per sapere regione per regione quali prestazioni mancano per poter intervenire tempestivamente”.

La riunione tra ministro e Regioni è stata “garbata nei toni, ma con qualche imbarazzo reciproco”, perché le Regioni hanno lamentato di aver visto le bozze del Dl solo sui giornali.

“Ci piacerebbe contribuire alla genesi della norme, non fare solo osservazioni quando approvate”, ha spiegato dal canto suo Raffaele Donini, assessore alla Salute dell’Emilia-Romagna e coordinatore della commissione salute della Conferenza delle Regioni. “Da un’autonomia differenziata si passa direttamente a una autonomia nell’indifferenziata - ha aggiunto -. Ci sono stati detti per sommi capi i contenuti. Abbiamo capito che potrebbero esserci un disegno di legge e un decreto, ma non abbiamo informazioni sui dettagli e nemmeno sulle coperture. Abbiamo capito che si dovrebbero rafforzare i poteri ispettivi di Agenas nei confronti delle singole aziende sanitarie, cosa per noi assolutamente inaccettabile”.

Dal ministero hanno parlato di un “tema privatizzazione ma non sappiamo come si declinerebbe”. Tra le direttrici accennate alle Regioni anche “un Cup unico nazionale”. Ma “mancano i particolari - ha sottolineato ancora Donini -. Noi Regioni abbiamo ribadito tutta la nostra volontà di collaborare e di riunirsi anche sette giorni su sette, h24, per affrontare il nodo delle liste d’attesa, uno dei principali problemi che abbiamo, ovviamente condividendo una visione”.

Nel decreto, dunque, ci sarebbero la piattaforma di monitoraggio delle prestazioni che sarà in capo all’Agenas, per capire il peso di domanda e offerta di prestazione; l’interoperatività dei sistemi regionali e poi una struttura ispettiva creata ‘ad hoc’; l’implementazione dei Cup regionali con il privato accreditato e l’acquisto di pacchetti di prestazioni in intramoenia. All’interno del decreto, inoltre, dovrebbe essere garantito l’accesso alla telemedicina anche a medici di famiglia e pediatri.

Nel disegno di legge, invece, che avrà costi e tempi più lunghi per l’approvazione, dovrebbero confluire l’innalzamento del tetto di spesa per il privato e le risorse aggiuntive per il personale. Il contributo delle “farmacie dei servizi”, presente nelle bozze del decreto, al momento sembra “più sfumato”.

3 giu
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Contratti pubblici/ Il caso del Ccnl Area funzioni locali e lo strapotere del Mef

di Stefano Simonetti

Il personale del Ssn sta attraversando da troppo tempo situazioni di criticità assurde cui nessuno pone rimedio o, per meglio dire, “vuole” porre rimedio. Sono note e all’ordine del giorno le questioni relative ai medici e agli infermieri, intesi spesso come sineddoche impropria di tutto il personale sanitario. Le tematiche del disagio sono numerose: livelli retributivi del tutto insufficienti e grandi ombre di incertezza sul rinnovo 2022-2024, le crescenti difficoltà del reclutamento, il perdurante e infinito fenomeno delle violenze nei confronti degli operatori, la tentazione di abbandonare il servizio pubblico per contesti apparentemente più attrattivi. Gli aspetti ricordati – tranne il primo che riguarda indistintamente tutti - interessano sostanzialmente il personale sanitario. Tuttavia, la componente minoritaria, ma altamente strategica, della dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo versa in una situazione di difficoltà peculiare e ai limiti dell’incredibile.

Premesso che i contratti collettivi del comparto e dell’Area della dirigenza sanitaria sono stati - faticosamente e con molti punti deboli - rinnovati rispettivamente il 22 novembre 2022 e il 23 gennaio 2024, si vuole fare qui riferimento all’Ipotesi del Ccnl della dirigenza dell’Area Funzioni Locali, sottoscritto dalle parti già in data 11 dicembre 2023, che per la specifica



sezione dedicata ai dirigenti Pta interessa poco meno di 5.000 soggetti. Avevo già accennato al mistero che avvolge la questione nell'articolo pubblicato il 6 maggio scorso, ma ancora adesso nessuno è in grado di conoscere, anche ufficiosamente, i tempi dell'iter per la sua sottoscrizione definitiva. Risulta infatti che la Preintesa sia stata già da tempo trasmessa per gli adempimenti di competenza alla Presidenza del Consiglio dei ministri ma, a oggi, non risulta neanche calendarizzata la discussione: e dopo la deliberazione del Cdm, per arrivare alla sottoscrizione definitiva del testo si dovrà attendere in ogni caso il passaggio alle sezioni unite della Corte del Conti per la compatibilità dei costi contrattuali.

Stiamo parlando di un Ccnl che riguarda il triennio contrattuale 2019/2021 già scaduto da 30 mesi, tornata contrattuale peraltro conclusa e monetizzata per la quasi totalità dei dipendenti e dirigenti del pubblico impiego e che riguarda anni di forte perdita salariale a causa degli elevati tassi di inflazione. Ma quali solo realmente le ragioni di questo ritardo che ha ormai raggiunto i sei mesi, credo un record assoluto? A mio parere, il vero motivo risiede nella inadeguatezza del modello contrattuale vigente stretto tra una fase squisitamente privatistica e una successiva integrazione dell'efficacia di matrice pubblicistica, per molti versi incompatibile con il principio della libertà sindacale e con quello della discrezionalità delle autonome determinazioni delle parti negoziali. Ma se almeno questa fase rispettasse la legge la questione sarebbe circostanziata e, invece, questa latenza di sei mesi sembra violare tutte le regole fissate dallo stesso legislatore. In tal senso, basta leggere l'art. 47 del d.lgs. 165/2001 per capire che c'è qualcosa che non va. Il paradosso è che, prima delle modifiche apportate dal dlgs 150/2009 – il decreto delegato “Brunetta” che avrebbe dovuto semplificare la contrattazione collettiva – la stessa legge prevedeva l'efficacia della Preintesa per decorso dei termini dopo il 40° giorno dalla firma della Ipotesi (settimo comma dell'art. 47 previgente). Un principio di civiltà giuridica che conciliava la natura privatistica del Ccnl con i principi di finanza pubblica, ricorrendo tuttavia al silenzio assenso nel caso in cui in quei quasi due mesi gli organi preposti non fossero riusciti a segnalare i vizi. La nuova procedura introdotta nel 2009 potrebbe anche essere, in via del tutto teorica, più rapida dei 40 giorni del passato; senonché non è finita la pletora degli interventi, perché la Ragioneria Generale dello Stato nel 2018 ha elaborato unilateralmente una tesi - nota n. 54059 del 30 marzo 2018 non completamente condivisibile - che considera ancora obbligatorio un ulteriore parere del Consiglio dei ministri. Si tratta della previsione contenuta nel quarto comma dell'art. 47 del citato decreto 165 laddove si dice che per le Regioni, i relativi enti dipendenti, e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale “fino all'entrata in vigore dei decreti di attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, il Consiglio dei ministri può esprimere osservazioni entro 20 giorni dall'invio del contratto da parte

dell'Aran". Orbene, è vero che i decreti attuativi di cui sopra non sono mai stati ancora tutti adottati (o, meglio, come dice il Mef due decreti "non sono stati integralmente attuati") ma di tale circostanza – di cui è colpevole in ogni caso soltanto il Governo – non può risentirne ancora dopo quindici anni il percorso definito dalla "riforma Brunetta".

Per completezza di esposizione, si ricorda che la legge 42/2009 riguardava il federalismo fiscale e prevedeva una ventina di deleghe al Governo che dal 2011 al 2014 ha provveduto all'adozione di 12 decreti delegati e all'appello mancavano soltanto i decreti previsti dall'art. 23, comma 6, che concerneva l'istituzione di 9 Città metropolitane. Ma tale vicenda ha subito una svolta legislativa complessa in cui è intervenuta anche una sentenza della Corte costituzionale fino ad arrivare alla legge n. 56/2014 recante "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni" ("legge Delrio") che ha previsto nelle Regioni a statuto ordinario l'istituzione di 10 città metropolitane, identificando la loro delimitazione territoriale con quella della relativa provincia contestualmente soppressa. Come si vede, il richiamo del Mef al non completamento del percorso della legge 42/2009 è pretestuoso e la stessa legge richiamata può ritenersi a regime per consentire l'abbandono dell'ulteriore parere del Consiglio dei ministri. Sul piano istituzionale appare piuttosto imbarazzante che un testo la cui stipula viene autorizzata dal Comitato di settore e che ottiene la certificazione positiva della Corte dei conti debba essere manipolato o cambiato per opera di un ulteriore soggetto pubblico; tutto ciò svilisce lo stesso controllo della Corte dei conti e fa perdere credibilità all'intero processo negoziale.

Sull'intervento del Mef si pongono due questioni, una di merito, l'altra di metodo. Riguardo alla prima si è già detto della forzatura normativa che porta avanti il Mef da sei anni. Sulla seconda si aprono scenari inediti perché ci si dovrebbe chiedere cosa potrebbe accadere nel caso in cui le parti negoziali non intendano ottemperare alle "indicazioni" governative. A tale ultimo proposito, si deve tenere conto che per tutta la fase della trattativa la Ragioneria Generale dello Stato risulta presente al tavolo negoziale e tutti i rilievi o indicazioni vincolanti dovrebbero per correttezza essere gestiti e risolti ex ante e non ex post a Preintesa siglata. Infatti, stante la natura privatistica del Ccnl, si dovrebbe ritenere che il "vero" contratto sia la Preintesa e negli anni Novanta i sindacati erano irremovibili nell'accettare qualsiasi modifica non negoziata e condivisa. Ma i tempi sono cambiati e il ritardo cronico dei rinnovi, la fretta di chiudere e la pressione della base sindacale hanno evidentemente indotto la controparte sindacale ad essere più condiscendente riguardo alle prese di posizione dell'Economia:

d'altronde, la scelta tra subire una imposizione o mandare tutto a monte non è sempre facile. C'è da dire altresì che le "osservazioni" del Consiglio dei Ministri che recepiscono quelle del Mef non sono – o non dovrebbero essere – vincolanti perché non costituiscono una "autorizzazione" né un "controllo

contabile” ma un mero parere. Già la formulazione è ambigua: dal verbale del Consiglio dei ministri leggiamo che “...ha espresso la valutazione positiva del Governo alle condizioni previste dalla nota del Ministero...”. Che succede se queste condizioni non vengono recepite dalle parti ? Non è dato saperlo; ma, considerato che l’Agenzia è sottoposta alla vigilanza del Governo per il tramite del Dipartimento della Funzione pubblica, non è difficile presumere che la situazione sia piuttosto delicata sul piano strettamente politico.

In questi ultimi anni si è dovuto attendere il Rapporto di certificazione della Corte dei Conti e vedere quali sarebbero state le conseguenti determinazioni.

In ogni caso, l’ipotesi legale secondo la quale “il Presidente dell’Aran... provvede alla riapertura delle trattative e alla sottoscrizione di una nuova ipotesi di accordo” è tassativamente prevista solo nel caso di certificazione non positiva della Corte dei Conti: è meglio, quindi, non approfondire lo scenario che si sarebbe potuto aprire qualora le osservazioni del Governo fossero state ritenute vincolanti ma disattese dalle parti negoziali ovvero dalla controparte sindacale mediante il rifiuto della firma definitiva.

Gli interventi del Mef negli anni. Ricordiamo in breve le tematiche sulle quali in questi anni il Mef è intervenuto a gamba tesa, sovrapponendosi alla autonomia collettiva e ledendone a volte la libertà: tra le tante, le più recenti sono le propine degli avvocati (tematica che dovrebbe essere l’oggetto del contendere odierno), la inidoneità a qualsiasi attività lavorativa, la promozione sul campo di Oss e Autisti soccorritori, la imposizione dell’aggettivo “permanente” alla esposizione ai raggi, i tetti finanziari alle prestazioni aggiuntive dei medici. La prima problematica dell’elenco era già stata stravolta per volontà del Mef nel 2020 e fu probabilmente la prima volta che una clausola regolarmente negoziata e definita dalle parti fosse espunta dal testo. La formulazione stessa non lasciava dubbi sulla invasività. Il 2 dicembre 2020 il Consiglio dei ministri ha dato parere favorevole al testo del contratto collettivo ma, su tassativa imposizione del Mef, ha condizionato il parere al “recepimento, in sede di sottoscrizione definitiva del contratto, di una condizione espressa, nel proprio parere, dal Ministro dell’economia e delle finanze, relativa”. In altre parole, se al momento della sottoscrizione definitiva il testo contrattuale non avesse recepito l’emendamento dell’Economia, il Governo avrebbe ritenuto negativo il proprio parere. Con quale conseguenze? Nessuna, in pratica, perché Aran e sindacati hanno chinato il capo rispetto a una evidente lesione della autonomia collettiva. A volte c’è da chiedersi chi è che il realtà scriva i contratti collettivi.

Se il Mef utilizzasse la stessa puntuale, ossessiva rigidità che mette in campo quando si occupa del pubblico impiego anche in altri ambiti istituzionali – che non è nemmeno necessario citare - le cose in questo Paese andrebbero meglio. Insomma, per passare quasi dal sacro al profano, viene

da pensare a quella barzelletta in cui si chiede cosa mangia un gorilla di 300 chili e la risposta è: ma quello che gli pare, tanto chi gli dice niente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

3 giu
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Enpapi: Luigi Baldini è stato confermato presidente per il quadriennio 2024-2028

Luigi Baldini è stato confermato presidente di Enpapi, l'Ente nazionale di previdenza e assistenza della professione infermieristica, per il prossimo quadriennio 2024-2028. Il rinnovo è giunto al termine del Consiglio di amministrazione dell'Ente, che ha proceduto all'elezione dei componenti gli organi collegiali, confermando la lista "Enpapi cambia verso". Il CdA risulta composto anche dalla vicepresidente Elena Gallo e dai consiglieri Marisa Agosti, Umberto Mansour e Paolo Merlini. "La mia conferma alla guida di Enpapi per il quadriennio 2024-2028 arriva al termine di un periodo complesso e molto delicato - ha affermato Luigi Baldini - e oggi inizia un nuovo percorso, che prosegue l'azione di risanamento che abbiamo avviato negli ultimi anni. I risultati finora ottenuti sono stati positivi, come dimostra il Bilancio 2023, e mi auguro per il futuro di migliorarli ancora, per offrire ai colleghi assicurati una valorizzazione sempre più in crescita dell'attività svolta".



© RIPRODUZIONE RISERVATA

3 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Istat: -40mila decessi nel 2021 ma +110mila rispetto a livelli pre-pandemia

di Radiocor Plus

Nel 2021 i decessi in Italia sono stati 706.969, quasi 40mila in meno rispetto al 2020, ma circa 110mila in più se si considera la media degli anni 2018 e 2019. Lo comunica l'Istat secondo cui [l'eccesso nei confronti del 2018-2019](#) è spiegato principalmente dalla mortalità per Covid-19. Infatti, dopo gli aumenti generalizzati del 2020, nel 2021 si riduce la mortalità per le principali cause, a eccezione delle cause esterne (+5% rispetto al 2020). La mortalità per diabete e alcune malattie circolatorie resta comunque più elevata rispetto ai livelli pre-pandemici. La mortalità totale e per Covid-19 si riduce rispetto al 2020 nel Nord, soprattutto nel Nord-ovest, mentre aumenta nelle altre ripartizioni, in particolare al Sud e nelle Isole. Nel 2021, dopo l'aumento del 2020, torna ai valori pre pandemici il numero di decessi che avvengono nelle strutture residenziali, dove diminuiscono fortemente i decessi per Covid-19. Nel dettaglio, secondo quanto riporta l'Istituto nazionale di statistica nel 2021 i decessi per Covid sono stati quasi 64mila, pari a -19% sul 2020 e il 9% del totale, mentre si è avuta una riduzione dell'8% del tasso di mortalità totale tra gli over 80 rispetto al 2020. È infine stato pari al 4% l'incremento di mortalità totale tra gli under 50 rispetto all'anno prima, con un +19% di mortalità per Covid.



3 giu
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

L'impegno che serve (ma che non c'è) per una Unione europea dei diritti sociali

di Ettore Jorio

In un momento così importante, qual è quello delle elezioni europee, occorre che i candidati, di ogni appartenenza partitica, si impegnino a far sì che l'Ue diventi un'istituzione politica unitaria, con bilancio e politiche comuni. Che si impegnino altresì a esigere ovunque un uguale godimento dei diritti sociali. Non è infatti ammissibile che la stessa - dalla acquisizione della

vigente denominazione intervenuta il 7 febbraio 1992 (Maastricht), sopravvenuta a quella comunitaria (CEE) attribuita a seguito dei Trattati di Roma del 1957 - non imponga un trattamento comune ovvero quantomeno simile in materia di assistenza sociosanitaria in tutti i 27 Paesi che la compongono. Sarebbe un modo, questo, per assicurare un esercizio, garante di prestazioni essenziali egualitarie, delle politiche esaustive di welfare assistenziali, incidenti sulla esigibilità del diritto di tutela della salute in senso lato e del trattamento dei disabili, anche attraverso una diversa modalità (voucher spendibili a fronte di prestazioni rese prioritariamente dal pubblico!) e più specifica destinazione delle previdenza non contributiva goduta da questi ultimi.

L'istanza deve essere tanto forte da tradursi in irrinunciabile pretesa

Da una siffatta esigenza, viene fuori il bisogno politico di richiedere agli Stati membri dell'Ue interventi riformatori in tal senso, quale condizione di ammissione e godimento degli aiuti unionali, del tipo quelli erogati attraverso lo strumento "Recovery and Resilience Facility" (RRF), fulcro del Next Generation EU. Proprio per questo - tenuto conto della finalità anche di rimediare agli ingenti danni e strascichi prodotti dalla pandemia di coronavirus - sarebbe stato logico prescrivere e subordinare l'uso indiscusso delle risorse del Pnrr, all'approvazione di una riforma strutturale del Servizio sanitario nazionale e, di conseguenza, un più rispettoso e rispettato impegno finanziario sull'assistenza territoriale. Il tutto a tutela dei servizi essenziali di prossimità sino a oggi oggetto soltanto di attenzioni teoriche e teoremi da predicatori.

Ciò in quanto è di tutta evidenza che il sistema distrettuale attuale, di vecchia concezione, rattoppato e segnatamente malandato sul piano strutturale, è fortemente inadeguato ad assicurare ovunque i Lea - anche essi da rivedere - al medesimo livello percettivo, sia sul piano dei siti erogativi, tali da renderli comodamente godibili dalle innumerevoli periferie, che nella cura dei trasporti pubblici locali. Con questo, impone l'applicazione della novellata metodologia (si fa per dire, perché risale al 2001) del suo finanziamento fondato non più sulla spesa storica bensì sui costi standard e fabbisogni standard nonché sulla contribuzione solidaristica, assicurata da un apposito fondo perequativo, in favore delle Regioni più povere di gettito fiscale proprio.

Il silenzio prevale, tanto da apparire rinuncia

Di tutto questo nulla, sia sul piano delle prescrizioni europee relative al godimento delle



risorse del Pnrr, diversamente pretese in altre direzioni (non ultima quella delle concessioni balneari e dei taxi) che sulle rivendicazioni e le proposte politiche, rispettivamente, dei candidati al Parlamento Europeo e dei partiti in gara. A fronte di ciò, una campagna elettorale fondata sulle pretese (molto) generaliste di maggiori finanziamenti del Fondo sanitario nazionale, che non dovrebbe esistere a decorrere dal d.lgs. 56/2000 (25 anni fa!), atteso che all'art. 1 ebbe ad abrogare, nell'assoluto silenzio di tutte le forze politiche, ogni trasferimento dello Stato alle Regioni in materia di salute. Il tutto, registrato nella prevalenza dell'assoluto e inconcepibile mutismo sulla necessità di accelerare l'applicazione del federalismo fiscale, con conseguente mandata a casa del "maledetto" criterio della spesa storica, che ha portato l'erogazione dei Lea all'attuale punto di non ritorno.

L'Unione Europea che occorre

Europa sì. E segnatamente rafforzata e migliorata sul piano delle decisioni essenziali, da fare prevalere sulle misure minime delle zucchine. Quindi, con una Ue tanto e diffusamente attenta alle questioni fondamentali per la vita indistinta degli europei. Con questo, l'opportunità di rendere il suo intero territorio istituzionale progressivamente uguale per tutti gli europei nell'esigibilità dei diritti di cittadinanza, da ricodificare per l'appunto in cittadinanza unionale. Uno status tale da esigere una conforme sottoposizione a un uguale trattamento fiscale dei redditi prodotti, eliminando quelle assurdità di oggi di fare marketing attrattivo di sedi societarie attraverso pagamenti di imposta diseguali e inaccettabili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tumore, cambia lo standard delle cure

Asco

Melanoma e polmone

Al congresso annuale della Società americana di oncologia clinica (Asco) che si chiude oggi a Chicago - il più importante appuntamento del settore a livello mondiale - l'immunoterapia e la target terapia, sono stati tra i protagonisti. In particolare, la presentazione e, contemporaneamente, la pubblicazione sul *New England Journal of Medicine* di due studi - uno sul melanoma metastatico e l'altro sul tumore del polmone non a piccole cellule (Nslc) di stadio III non operabile e con mutazione del gene Egfr (recettore del fattore di crescita epidermico) - potrebbero rivoluzionare lo standard di cura, perché per entrambi i risultati sul rischio di progressione della malattia o di morte si è ridotto di oltre l'80%.

L'efficacia dell'immunoterapia nel melanoma metastatico era già stata confermata. Ora però i dati mostrano che anche dopo l'intervento chirurgico (fase adiuvante) e prima della chirurgia (fase neo-adiuvante) la terapia funziona. C'è dunque un suo ampliamento. A decretare la superiorità dell'immunoterapia neo-adiuvante è lo studio internazionale Nadina, coordinato da Christian U Blank, scienziato del Netherlands Cancer Institute di Amsterdam, e a cui ha preso parte per l'Italia Paolo Ascierto, presidente Fondazione melanoma e direttore dell'Unità di Oncologia melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative dell'Istituto Pascale di Napoli. I pazienti che hanno ricevuto il trattamento prima della

chirurgia hanno registrato un tasso di sopravvivenza pari all'83%, circa il 30% in più rispetto a chi ha ricevuto l'immunoterapia solo dopo l'intervento chirurgico.

«È arrivata l'attesa conferma dell'efficacia dell'immunoterapia neo-adiuvante nei casi di melanoma metastatico candidati alla chirurgia» commenta Ascierto, che proprio all'Asco ha presentato i risultati dello studio italiano Neo-Tim che, in sintonia con Nadina, ribadiscono con forza la superiorità dell'immunoterapia pre-intervento rispetto a quella post. «Questi risultati - riprende l'esperto - cambiano la pratica clinica e l'immunoterapia neo-adiuvante diventa lo standard di cura per questi pazienti».

Oggi lo standard di cura per i pazienti con melanoma resecabile è la chirurgia, a cui può seguire una terapia sistemica adiuvante. «In questi casi, tuttavia, una percentuale sostanziale di pazienti, stimata intorno al 50%, presenta una recidiva entro i primi anni dopo l'intervento - spiega Ascierto -. Questo ci ha spinto a cercare nuovi approcci terapeutici».

Nel secondo studio, invece, osimertinib, un inibitore irreversibile dei recettori per il fattore di crescita epidermico (Egfr) ha ridotto il rischio di progressione di malattia o di morte dell'84% rispetto a placebo nei pazienti con tumore al polmone aggressivo in fase avanzata. Questo tipo di neoplasia è la principale causa di morte per cancro e rappresenta circa un quinto di tutti i decessi per

tumore. Secondo le stime, ci sono circa 2,4 milioni di persone che ogni anno ricevono una diagnosi di tumore del polmone, con l'80-85% classificato come tumore del polmone non a piccole cellule (Nslc).

Secondo Filippo de Marinis, direttore della divisione di Oncologia toracica dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano e presidente dell'Aiot (Associazione italiana di oncologia toracica), la terapia target osimertinib ha prodotto «un risultato senza precedenti contro il rischio di progressione di malattia o di morte. E sulla base di questi dati, il farmaco dovrebbe diventare il nuovo standard di cura per questi pazienti».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel melanoma e tumore al polmone il rischio di progressione della malattia o di morte si è ridotto di oltre l'80% CONFERME

L'immunoterapia pre-chirurgia aumenta la sopravvivenza nei pazienti con melanoma



RICERCA SCIENTIFICA

Tumori, risultati promettenti da cure mirate e immunoterapici

ENRICO NEGROTTI

Nuove speranze di cura per i tumori al polmone, al seno e il melanoma vengono dal congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco) a Chicago (Stati Uniti).

Sul polmone sono stati presentati i risultati di due trial dalla azienda farmaceutica AstraZeneca: il primo (Laura) mostra l'efficacia di una terapia mirata contro il carcinoma polmonare non a piccole cellule (Nslc). La molecola osimertinib ha mostrato di ridurre il rischio di progressione di malattia o morte dell'84% rispetto al placebo. La terapia con osimertinib è stata sperimentata in oltre 145 centri di più di 15 Paesi (negli Stati Uniti, Europa, America del Sud e Asia) in 216 pazienti con tumore Nslc allo stadio III non operabile e con la mutazione del gene Egfr (recettore del fattore di crescita epidermico). In questi malati il farmaco, utilizzato dopo la chemio-radioterapia, ha permesso una sopravvivenza libera da progressione di malattia pari a 39,1 mesi, rispetto ai 5,6 dei pazienti trattati con placebo.

Il secondo studio (Adriatic) riguarda una immunoterapia (durvalumab) contro il

carcinoma polmonare a piccole cellule: il rischio di mortalità si è ridotto del 27%. Il trial si è svolto in 19 Paesi di America del Nord e del Sud, Europa e Asia su 730 pazienti con tumore del polmone a piccole cellule di stadio limitato (Ls-Sclc) non in progressione dopo la cura con chemio-radioterapia. L'immunoterapico ha fatto registrare una sopravvivenza globale mediana di 55,9 mesi rispetto ai 33,4 mesi del placebo: il 57% dei pazienti è vivo a tre anni rispetto al 48% del gruppo placebo.

Ogni anno, in Italia, sono circa 44mila i nuovi casi di tumore del polmone: 85% di Nslc (e la mutazione del gene Egfr nel 20% dei casi) e 15% di Sclc.

Da Merck-Serono viene prodotto invece l'anticorpo monoclonale immunoterapico (avelumab) che, dopo l'intervento chirurgico in caso di carcinoma mammario precoce triplo negativo (cioè che non presenta i recettori per gli estrogeni, per i progestinici e per la proteina Her2) ha diminuito del 30% lo sviluppo di metastasi a distanza (fegato, polmone, cervello). Il trial clinico A-Brave ha coinvolto 477 pazienti arruolate da 60 centri oncologici italiani, coordinati dall'Università di Padova. «La sopravvi-

venza globale a tre anni è stata maggiore dell'8,5% nel gruppo delle donne trattate», rispetto a chi non aveva ricevuto la terapia, ha spiegato Pier Franco Conte, direttore scientifico dell'Irccs San Camillo di Venezia e coordinatore dello studio. Infine lo studio Nadina ha mostrato l'efficacia della immunoterapia (ipilimumab-nivolumab) prima della chirurgia contro il melanoma, mostrando un vantaggio sia sulla sopravvivenza, sia sul rischio di recidiva. La sopravvivenza arriva a superare l'80%: quasi 30 punti percentuali in più di quella possibile con la sola immunoterapia post-intervento (adiuvante). Nadina, con 423 pazienti, è stato coordinato da Christian U. Blank del Netherlands Cancer Institute di Amsterdam (Olanda). Per l'Italia ha partecipato Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia oncologica e Terapie innovative dell'Istituto Pascale di Napoli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al congresso della Società americana di oncologia i trial su due diversi carcinomi polmonari, su quello mammario triplo negativo e sul melanoma



ITER PARLAMENTARE

Esami in farmacia, l'Uap esulta: «Bene la retromarcia»

••• L'Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti e ospedali privati (U.A.P) esulta per «la scelta del governo di fare marcia indietro sull'improvvido decreto legge» che permetteva alle farmacie di eseguire prestazioni specialistiche come gli esami Ecg (elettrocardiogramma), i prelievi e molte prestazioni di telemedicina. L'esecutivo infatti ha abbandonato la decretazione d'urgenza affidandosi al normale iter parlamentare. Per la presidente dell'U.A.P. Mariastella Giorlandino si sarebbe trat-

tato di «un regalo alle farmacie». L'obiezione che aveva spinto l'U.A.P. a protestare era il fatto che le strutture sanitarie private per poter elargire i propri servizi sono soggette a innumerevoli controlli e richieste di autorizzazioni mentre con il Dl le farmacie avrebbero potuto operare bypassando tutto ciò. **LUI.FRA.**

95000

Strutture
Il numero dei
centri privati
distribuiti su tutto
il territorio



Il presidente Gianpietro Briola illustra i dati positivi
 «Donazioni di sangue e plasma in aumento»
 Il 14 giugno la Giornata mondiale. Eventi e feste

Avis chiama i giovani

«La solidarietà entri in circolo»

di **Paolo Foschini**

Due milioni di donazioni di sangue in un anno. Con novetocento tonnellate di plasma. E con un milione e 300mila soci Avis, che hanno ripreso a crescere da un anno all'altro dopo la flessione inevitabile del periodo Covid in cui i donatori italiani si sono dimostrati comunque più presenti di quasi tutti gli altri. C'è il problema dei giovani, è vero, tra i quali l'impegno sul fronte donazioni è in calo così come in altri ambiti del volontariato istituzionale. «Ed è uno dei temi più importanti delle nostre campagne di sensibilizzazione, aiutati da una indagine specifica da noi realizzata con l'Università di Bologna per indagare le cause del problema. Ma il nostro bilancio d'insieme, presentato all'assemblea generale di Vicenza, è assolutamente positivo. E siamo molto fiduciosi nel futuro». Parola del presidente dell'associazione, Gianpietro Briola, all'approssimarsi della Giornata mondiale del donatore in programma il 14 giugno.

Quali i segni positivi?

«Le donazioni di sangue e plasma sono aumentate del 2 per cento in un anno, il pla-

sma in particolare addirittura del 4 per cento, e di mezzo punto percentuale sono cresciuti anche i nostri iscritti».

Sul plasma sta crescendo anche la richiesta, è vero?

«Sì. Nella raccolta di globuli rossi per uso ospedaliero l'Italia è ormai autosufficiente. In crescita costante però è la produzione di farmaci plasmaderivati, che grazie alla ricerca consentono oggi la cura di moltissime patologie. E il 20 per cento di quei farmaci, il cui uso peraltro continuerà a moltiplicarsi stante l'aumento della popolazione anziana, siamo ancora costretti a importarlo dall'estero. Su questo fronte dobbiamo migliorare e incrementare il numero dei donatori 15-25enni, che invece dal 2011 al 2022 è calato del 14 per cento».

A proposito: come siamo rispetto agli altri Paesi?

«Esistono due modelli e bisogna tenerne conto. Quello americano è a pagamento, in quel sistema chi dona riceve un compenso, e non è confrontabile con il nostro che invece è fondato appunto sulla donazione con caratteristiche ben precise: volontaria, gratuita, anonima, periodica. E in questo modello siamo quelli che eccellono».

E a parte l'aspetto etico quale dei due sistemi dà i risultati migliori?

«Il nostro crea una fedeltà molto maggiore. Basta fare un esempio: negli Usa durante il Covid le donazioni sono diminuite del 30 per cento nonostante fossero pagate, da noi la flessione è stata solo del 3 per cento. Dieci volte meno».

E il calo tra i giovani?

«È il principale tema da affrontare. Le cause emerse grazie alla ricerca da noi promossa con l'Università di Bologna, su un campione di 3.200 under 35, sono diverse. Tra le più recenti le difficoltà nate con l'isolamento da Covid. Poi la sempre maggiore incertezza lavorativa: l'instabilità non aiuta a uscire da se stessi, anzi. E poi il fatto, semplicemente, che di giovani ce ne sono sempre meno: oggi nascono meno di 400mila bambini all'anno, mezzo secolo fa erano il triplo. Allo stesso tempo i giovani sono tuttavia le persone più sensibili alle spinte motivazionali profonde. A partire dalla sensazione di autostima e benessere. Agendo su questo si può fare veramente molto con loro».

Le vostre iniziative per la Giornata mondiale?

«In realtà vanno oltre quel-



la singola giornata, che quest'anno avrà per tema lo slogan "Lascia che la solidarietà entri in circolo". In primo piano sono le iniziative di sensibilizzazione, su tutto il territorio nazionale. Il 13 saremo in Senato con un convegno per promuovere tra le altre cose un confronto maggiore con i pazienti, la cui voce può avere un ruolo sempre più determinante nell'incoraggiare i volontari e la ricerca. E già dall'11 giugno con la nostra autoemoteca davanti alla Camera abbiamo in programma la raccolta di sangue dell'Inter-

gruppo parlamentare dei donatori, che avrà per tema "Il magnifico donare". Inoltre la musica».

Cioè?

«Segnalo solo il doppio appuntamento principale con Avis Live Music il 14-15 giugno a Treviso. Un grande evento che ha lo scopo, in linea con quanto dicevo prima, di rivolgersi soprattutto a ragazze e ragazzi sui temi dell'altruismo e della solidarietà».

La tendenza
Due milioni di donatori all'anno ma il numero dei 15-25enni dal 2011 al 2022 è calato



Il tema



● Il 14 giugno si svolgerà la Giornata mondiale del donatore di sangue col tema annunciato dal presidente Briola (foto) «Lascia che la solidarietà entri in circolo»

● Fra le iniziative in programma, il 13 giugno si terrà a Roma, in Senato, un convegno con esperti e testimoni del settore.
www.avis.it

GETTY IMAGES



LO STUDIO

I robot indossabili aiutano ad apprendere

Dalla scrittura alla musica, possono svolgere un ruolo di facilitatori. Lo dimostra il progetto CONBOTS

MONICA ZORNETTA

La robotica e l'Intelligenza artificiale sono questioni centrali nel dibattito globale: il loro progresso, infatti, poiché incide assai profondamente sull'evoluzione umana, sta creando non poche preoccupazioni per i suoi possibili impatti negativi sulla vita dei cittadini.

Un progetto che non ha controindicazioni pur utilizzando robots, in questo caso esoscheletri indossabili e interfacce aptiche, è CONBOTS (CONnected through ROBOTS), sviluppato da otto partner europei tra università e imprese all'interno del grande programma di promozione della ricerca scientifica e dell'innovazione Horizon 2020.

Coordinato da Domenico Formica, ordinario di Bioingegneria alla Newcastle University (Inghilterra), il progetto, ormai giunto alle battute finali, ha dimostrato come la comunicazione fisica tra due persone mediata da interfacce robotiche fosse in grado di

facilitare l'apprendimento di azioni complesse come imparare a scrivere o a suonare uno strumento, in questo caso il violino.

«Partendo dalle neuroscienze motorie che hanno studiato come il cervello gestisce le interazioni tra gli individui e osservando come la comunicazione fisica tra robot consentisse di ottenere risultati migliori di quelli individuali, io e il mio team ci siamo domandati: è possibile sfruttare questi meccanismi per migliorare l'apprendimento motorio di attività complesse di vita quotidiana?» spiega Domenico Formica, che fino al 2022 ha seguito il progetto europeo dall'Università Campus Bio-Medico di Roma, dove è professore associato di Bioingegneria Industriale (attualmente in aspettativa).

«Per verificare questa ipotesi abbiamo compiuto vari esperimenti coinvolgendo coppie di persone: in uno, un maestro di violino registrava alcuni movimenti in un video indossando l'esoscheletro mentre uno studente, anch'egli munito dello stesso

robot, osservava il video e grazie al feedback di forza imparava i movimenti eseguiti dal maestro; in un altro, due violinisti suonavano insieme indossando due esoscheletri diversi e la trasmissione di forza e spostamenti dall'uno all'altro permetteva loro di sincronizzare il più possibile il movimento dei rispettivi archetti. La stessa capacità di miglioramento delle performance», continua Formica, «l'abbiamo rilevata osservando un bambino mentre impara a scrivere: se messo in connessione con un'altra persona, ad esempio un insegnante o un genitore, attraverso un'interfaccia aptica, la qualità delle lettere aumenta decisamente».

Costato 5 milioni di euro in quattro anni, il progetto ha visto la collaborazione attiva di cinque atenei europei - il Campus Bio-Medico di Roma, che ha sviluppato le tecnologie per l'analisi della scrittura; la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (l'esoscheletro del violino); l'università di Gand, in Belgio; l'Imperial College di Londra, a cui si devono gli studi iniziali sulle

scienze motorie e sulle interazioni fisiche, e la Newcastle University che ha coordinato le ricerche - e tre imprese: la più grande delle quali basata in Israele (IBM) e le due più piccole in Serbia (ARVRtech) e Italia (IUVO).

«Questa ricerca può avere sviluppi positivi anche in altri ambiti, soprattutto della riabilitazione motoria e del gaming, anche se per quest'ultimo bisognerà aspettare vari anni considerati i costi elevati che attualmente ha questa tecnologia. Sul fronte neuroscientifico e riabilitativo, invece, la ricerca può aiutare sia nell'ambito dello studio dell'apprendimento motorio in persone senza patologie che nel riapprendimento motorio in persone che hanno subito incidenti, o a seguito di ictus o altro. Inoltre, i videogiochi in realtà aumentata sviluppati per gli studi sulla scrittura e sul violino possono diventare strumenti utili nel settore educativo proprio per monitorare il processo di apprendimento delle due abilità».

Cinque atenei europei e tre aziende hanno lavorato con maestri e studenti di violino



Un modello delle applicazioni di Conbots



3 giu
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Tumori: salvate 6 mln di vite in Europa dal 1988 a oggi. In Italia il più alto numero di donne vive dopo la diagnosi ma vanno ridotti i tempi di accesso alle cure

di Francesco Perrone *, Massimo Di Maio **, Saverio Cinieri ***

In Europa, dal 1988 a oggi, i progressi contro il cancro hanno salvato più di 6 milioni di vite (6.183.000). Negli Stati Uniti, in 30 anni (1991-2021), la mortalità oncologica è diminuita del



33% e sono stati oltre 4 milioni i decessi per tumore evitati. Risultati ottenuti grazie alla combinazione di più fattori: riduzione del fumo di sigaretta e maggiore attenzione agli stili di vita sani, più diagnosi precoci grazie agli screening, terapie sempre più efficaci e multidisciplinarietà. Un'attenzione alla cura dei pazienti a 360 gradi, che determina anche un costante incremento della prevalenza, cioè del numero di persone che vivono dopo la diagnosi di cancro. In Europa sono 23,7 milioni di cittadini (12,8 milioni donne e 10,9 milioni uomini), con un aumento del 41% in 10 anni (2010-2020). E il nostro Paese fa registrare nel Vecchio Continente il più alto numero di donne vive dopo la diagnosi in rapporto alla popolazione (6.338 casi per 100mila abitanti, pari a circa 1.939.000 cittadine). È la dimostrazione dell'eccellente livello del nostro sistema sanitario, che garantisce a tutti le terapie migliori. La prevalenza include persone in terapia, coloro che sono sotto sorveglianza per la prevenzione di eventuali recidive e i guariti, che non necessitano di ulteriori cure o controlli. Il dato italiano è rilevante, a cui

vanno aggiunte le oltre 268mila vite salvate nel nostro Paese fra il 2007 e il 2019.

I dati sono emersi nella conferenza stampa ufficiale di Aiom (Associazione italiana di Oncologia medica) al Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) a Chicago e dedicato proprio ai progressi della cura del cancro ("The Art and Science of Cancer Care: From Comfort to Cure").

Ridurre i tempi di accesso all'innovazione. Devono però essere affrontati aspetti organizzativi, a partire dai tempi troppo lunghi per l'accesso all'innovazione. In Italia, i cittadini colpiti dal cancro attendono ancora 14 mesi per poter essere trattati con terapie innovative già approvate a livello europeo. Siamo pronti a collaborare con l'Agenzia italiana del farmaco per definire nuovi modelli per l'accesso precoce, subito dopo l'approvazione europea, a terapie davvero innovative in termini di miglioramento della sopravvivenza e della qualità di vita. Sono quei trattamenti che l'Fda, l'ente regolatorio americano, definisce 'breakthrough' e che rappresentano un importante valore aggiunto rispetto alle alternative terapeutiche disponibili. In Italia diverse disposizioni regolano l'accesso precoce a farmaci già approvati dall'ente regolatorio europeo, prima del rimborso a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Ma vanno integrate con norme che consentano di rendere disponibili le terapie innovative in termini molti più brevi rispetto agli attuali, al massimo entro tre mesi dall'approvazione europea. L'accesso immediato alle cure deve rientrare in una strategia unitaria contro il cancro che includa la diminuzione dell'incidenza e della mortalità, il miglioramento della qualità di vita dei pazienti e l'istituzione delle reti oncologiche regionali.

La multidisciplinarietà migliora gli esiti di cura. I passi avanti nella cura del cancro sono stati ottenuti anche grazie alla multidisciplinarietà. Il confronto fra diverse competenze consente la scelta delle migliori terapie per il paziente e di gestire tecnologie innovative come la biopsia liquida, un test sul sangue che permette di analizzare alcune caratteristiche delle cellule tumorali, ad esempio la presenza di mutazioni nel loro Dna. A oggi, gli utilizzi della biopsia liquida, validati in pratica clinica, sono ancora limitati. Il primo impiego ha riguardato il tumore del polmone non a piccole cellule in stadio avanzato, per la valutazione dello stato mutazionale del gene Egfr, quindi come fattore predittivo di risposta alle terapie mirate, ma è prevedibile un aumento nel prossimo futuro. Le applicazioni cliniche emergenti di questa procedura riguardano soprattutto i tumori del colon-retto, della mammella, della prostata e il melanoma nella forma avanzata.

Potenziare gli screening. Accanto alla disponibilità immediata delle terapie innovative, nel nostro Paese vanno rinforzati i programmi di screening. Come evidenziato da uno studio pubblicato su 'Annals of Oncology', nel 2024 il tasso di mortalità per il carcinoma al colon-retto tra i giovani (25-49 anni) in Italia aumenterà dell'1,5% tra gli uomini e del 2,6% tra le donne

rispetto al periodo 2015-2019. Invece nella fascia d'età compresa fra 50 e 69 anni, inclusa nell'attuale programma di screening coloretale, nel 2024 è prevista una diminuzione dei decessi del 15% negli uomini e del 16% nelle donne. L'anticipazione dell'età dello screening per questa neoplasia, quindi non più a partire dai 50 anni ma dai 45, consentirebbe di salvare più vite. Se la mortalità oncologica complessiva continua a calare, l'incidenza aumenta a livello globale e nei singoli Paesi. Nel mondo, nel 2022, sono stati 20 milioni i nuovi casi di cancro. In Italia, nel 2023, sono state stimate 395.000 nuove diagnosi, con un incremento, in tre anni, di 18.400 casi. Nel 2024, negli Stati Uniti, si prevede che supereranno per la prima volta i due milioni. L'aumento del carico di malattia mette a rischio la sostenibilità dei sistemi sanitari, perché comporta un aumento della spesa per gli alti costi delle terapie innovative. È urgente rafforzare i programmi di prevenzione primaria e secondaria per ridurre il numero di malati, migliorare le possibilità di guarigione e offrire una buona qualità di vita, come evidenziato dallo 'European's Beating Cancer Plan', cioè il Piano oncologico europeo.

** Presidente Aiom*

*** Presidente eletto Aiom*

**** Presidente Fondazione Aiom*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

3 giu
2024

NOTIZIE FLASH

S
24

AstraZeneca: tumore polmone, osimertinib riduce rischio progressione dell'84%

di Radiocor Plus

Osimertinib ha ridotto il rischio di progressione di malattia o di morte dell'84% nei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule (Nslc) di stadio III con mutazione di Egfr. Lo comunica il produttore AstraZeneca spiegando che lo studio di fase III

Laura presentato in sessione plenaria al Congresso Asco (American Society of Clinical Oncology) in corso a Chicago mostra che osimertinib è "il primo e unico inibitore di Egfr e terapia mirata che mostra un beneficio nel setting di stadio III non resecabile, prolungando la sopravvivenza libera da progressione di più di tre anni". In plenaria all'Asco è stato presentato anche lo studio Adriatic, secondo cui durvalumab è "la prima e unica immunoterapia che mostra un beneficio di sopravvivenza nel tumore del polmone a piccole cellule di stadio limitato, riducendo il rischio di morte del 27 per cento".



© RIPRODUZIONE RISERVATA

3 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Dispositivi medici, l'iter di sicurezza e vigilanza sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale

di *Filippo Trifiletti* *

L'intelligenza artificiale sta diventando sempre più un elemento concreto nella vita di tutti i giorni, raggiungendo i diversi settori dell'attività umana e, in modo sempre più impattante, l'ambito sanitario. I dispositivi medici, dai più semplici ai più complessi, sono strumenti utilissimi per una prima diagnosi che, se errata, può creare problemi al paziente in caso di malfunzionamenti e usi impropri. Situazione da monitorare ancora di più quando l'IA entra nel dispositivo dalla cui corretta funzionalità dipende la salute di una persona.

Cosa accadrà ora con l'introduzione del Regolamento AI Act in Italia? Quali nuovi obblighi per i fabbricanti? Chi garantirà la sicurezza e la qualità dei sistemi di IA applicati in ambito medico? Chi valuterà l'affidabilità e l'adeguatezza di tali sistemi?

Il Reg. (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici e il Reg. (UE) 2017/746, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro, affidano già il compito di verificare la sicurezza e l'efficacia di alcune categorie di dispositivi medici, quelli che presentano rischi maggiori per i pazienti, agli organismi notificati prima dell'immissione sul mercato europeo.

Con riferimento ai dispositivi medici, che vengono suddivisi in diverse classi di rischio a cui vanno applicati specifici controlli, gli organismi notificati



valutano, in conformità ai già richiamati Reg. 2017/745 e 2017/746, l'adeguatezza della progettazione, dei materiali utilizzati, dei processi di produzione, delle istruzioni d'uso e tutto ciò che può garantire la sicurezza, la conformità alle specifiche tecniche e l'efficacia per l'uso previsto.

L'AI Act ha introdotto nuove prescrizioni, stabilendo che per i sistemi di AI ad alto rischio disciplinati dalla normativa di armonizzazione dell'Unione elencata nell'allegato I (sezione A), che richiama espressamente i Regolamenti sui dispositivi medici, il fornitore dovrà seguire la procedura di valutazione della conformità prevista da tali atti giuridici.

Questo significa che, per alcune tipologie di dispositivi, tra i quali rientrano ad esempio i dispositivi di classe IIa (deflussori, elettrocardiografi) IIb (es. dispositivi per dialisi, dispositivi a raggi X) e III (es. defibrillatori), sarà previsto l'intervento di un organismo notificato, che dovrà verificare la conformità sia ai requisiti già previsti dei Regg. 2017/745 e 2017/746, sia ai requisiti dell'AI Act, naturalmente ove il dispositivo medico sia qualificato come un software AI (o il software AI sia componente di sicurezza del dispositivo).

Ma cosa garantisce una notifica? La notifica è l'atto con cui un'Autorità (notificante appunto) di uno Stato membro dell'Unione europea informa la Commissione e gli altri Stati membri di aver designato un organismo di valutazione della conformità (CAB) ai sensi di un atto di armonizzazione dell'Ue. E conferma che un organismo, soddisfacendo i requisiti stabiliti in tale atto, è in grado di eseguire i controlli che rendono possibile la circolazione dei prodotti tra uno Stato membro e l'altro.

In ciascuno Stato membro le autorità di notifica richiedono per gli organismi notificati i requisiti di indipendenza, competenza e imparzialità.

L'accreditamento rilasciato da Accredia, l'Ente italiano di accreditamento nominato dal Governo nel 2009, in ottemperanza al Regolamento (CE) 765/2008 che detta le regole per l'accreditamento e la vigilanza del mercato, è solitamente la via prevalente e preferibile per attestare la conformità ai requisiti di indipendenza, competenza e imparzialità dei CAB.

L'accreditamento rappresenta dunque uno strumento a supporto delle Pubbliche Autorità che, in ogni caso, mantengono la competenza amministrativa relativa alla designazione e alla notifica degli organismi. Nel campo dei dispositivi medici Accredia non rilascia formalmente accreditamenti per gli Organismi Notificati italiani, ma coopera attivamente, attraverso le opportune intese con il ministero della Salute, per supportare con le proprie competenze le valutazioni condotte dalla Direzione generale del Farmaco per assicurare l'adeguato livello di conformità richiesto.

È bene sottolineare come, data l'estrema complessità e diversificazione dei prodotti e la difficoltà di ottenere l'unanimità nell'approvazione di direttive dall'elevato contenuto tecnico, le normative cosiddette "nuovo approccio", tra cui lo stesso AI Act, si debbano limitare alla fissazione dei requisiti

essenziali di sicurezza e non delle specifiche tecniche della produzione. Il funzionamento dell'impianto normativo si basa infatti sulla "presunzione di conformità" ai requisiti essenziali riportati nelle direttive, garantita dalla conformità alle norme europee armonizzate. Attualmente il Comitato europeo di normazione (Cen) e il Comitato europeo di normazione elettrotecnica (Cenelec) stanno sviluppando la normativa tecnica sulla base della quale gli organismi notificati dovranno valutare la conformità dei sistemi di IA prodotti, anche in ambito medico.

La normazione tecnica e la valutazione della conformità di terza parte avranno dunque un ruolo centrale nell'attuazione dell'AI Act e nel garantire quindi la conformità al regolamento.

** Direttore generale Accredia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LUCCHINA PAGHERÀ 175 MILA EURO PER AVER CONTRASTATO IL DIRITTO NEL FINE VITA

Eluana Englaro, condannato l'ex dg sanità lombardo

ELEONORA MARTINI

■ La Corte dei Conti ha condannato in Appello l'ex Direttore generale della Sanità della Lombardia, Carlo Lucchina, per aver impedito nel 2009 ad Eluana Englaro di ottenere l'interruzione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale cui la donna - in coma vegetativo da 17 anni - dipendeva dal 1992, impedendole così di morire nel modo in cui avrebbe voluto. Un diritto che le era stato riconosciuto sia dalla Cassazione che dalla Corte d'Appello di Milano alle quali il padre Beppino si era rivolto in qualità di tutore. Lucchina dovrà ripagare ora l'erario con i 175 mila euro circa che la Regione Lombardia fu, al tempo, costretta a versare per risarcire il signor Englaro alla fine della sua battaglia legale.

Va ricordato che tra gli ultimi mesi del 2008 e i primi del 2009 la politica italiana fu attraversata da un duro scontro, ottuso come pochi in precedenza, che vide addirittura contrapporsi Silvio Berlusconi e Giorgio Napolitano, allora rispettivamente premier e capo di Stato. Il dramma di una donna in coma vegetativo da quando ave-

va 21 anni, in seguito ad un incidente stradale, divise profondamente il parlamento e le istituzioni, ma non il popolo italiano che dimostrò grande solidarietà con la sfortunata ragazza e con suo padre Beppino, che per anni si era battuto - riuscendoci - affinché venissero rispettati lo stile di vita e le convinzioni etiche di sua figlia.

Dopo anni di processi e ricorsi, venne autorizzata l'interruzione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale cui la donna dipendeva per rimanere in vita, malgrado l'insidiosa campagna delle destre, dei pro vita e del Vaticano che pretendevano di considerare i trattamenti medici come sostegni vitali e non cure. Ma il 9 settembre 2008 la Direzione Sanitaria della Regione Lombardia, in barba a quanto stabilito dalla Corte d'Appello di Milano, vietò di mettere a disposizione strutture sanitarie regionali per l'interruzione delle cure, spiegando chetali strutture «sono deputate alla presa in carico diagnostico-assistenziale dei pazienti». Beppino Englaro fece ricorso al Tar e lo vinse, ma fu costretto a cercare un ospedale privato per poter «liberare» sua figlia.

Pochi giorni prima, il 6 febbraio, il governo Berlusconi aveva tirato fuori dal cilindro un decreto legge per impedire a Beppino di far staccare la spina. Ma il presidente Napolitano si era rifiutato di firmare per mancanza di requisiti costituzionali. Eluana morì ufficialmente il 9 febbraio del 2009, a 39 anni, nella clinica "La Quiete" di Udine. Proprio mentre il Parlamento veniva convocato in seduta straordinaria per far approvare immediatamente un ddl governativo che vietasse l'interruzione delle cure alla donna. La seduta era in piena ebollizione quando, alle nove di sera, la clinica "la Quiete" annunciò la morte di Eluana Englaro. Il Parlamento si trasformò allora in una piazza medievale nel giorno del mercato.

Ora la Corte dei Conti spiega che la decisione presa dall'ex Direttore generale Lucchina fu dettata da una « concezione personale ed etica del diritto alla salute ». «Potevano evitare tutto ciò che hanno combinato, ora si rendono conto, è chiaro che hanno sbagliato e ne devono rispondere - ha commentato Beppino Englaro - Sapevo di avere un diritto ed era chiaro che lo

ostacolavano, tanto che sono dovuto uscire dalla regione. Ora sono problemi loro, io giustiziamo la sono dovuta fare da me, sempre nella legalità e nella società, loro hanno commesso qualcosa che non dovevano commettere. Per me era tutto chiaro anche allora, li ho dovuti ignorare e andare avanti per la mia strada».

FdI parla di «sentenza scandalosa». Pd e Avs ricordano che scandaloso è non avere ancora una legge sul fine vita.



Sanità

Morbillo, Lazio in testa per i contagi il 52% dei casi finisce in ospedale

di **Valentina Lupia**

Aumentano i casi di morbillo, la malattia infettiva altamente contagiosa causata da un virus che ha la sua massima incidenza alla fine dell'inverno e durante la primavera, e le Asl tentano di correre ai ripari. Come Roma 2 che nei giorni scorsi ha inviato alle scuole un'informazione da trasmettere alle famiglie, invitandole a far vaccinare i bambini e a verificare che anche i richiami siano stati eseguiti.

Secondo il bollettino nazionale del Dipartimento di Malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità è il Lazio è la regione dove si sono registrati più casi dall'inizio dell'anno: ben 112, 7 a gennaio, 24 a febbraio, 36 a marzo, 45 a maggio. A seguire, ma con un grande stacco, ci sono la Sicilia con 75 positività e l'Emilia-Romagna con 48. Sul totale dei 399 casi finora registrati in tutta Italia, il Lazio pesa parecchio, il 28% circa.

Tra i contagiati ci sono 60enni, 30enni, ma anche bambini di 5-6 anni e addirittura sotto l'anno d'età: secondo quanto riporta la circolare

della Asl sono stati «identificati» diversi focolai, di cui «quattro familiari». Qualcuno è finito in ospedale: l'infezione, infatti, «si manifesta solitamente con febbre alta, faringite, congiuntivite e una caratteristica eruzione cutanea, ma può determinare complicazioni come otite media, laringite, diarrea, polmonite o encefaliti», cioè «infiammazioni del cervello». Dei casi registrati fino al 20 marzo, il 52% è stato ricoverato. E a una parte, l'8%, è toccata la terapia intensiva. Il 41% ha registrato comunque complicanze legate al morbillo. Insomma: i dati preoccupano, specialmente in vista del Giubileo, che porterà a Roma 30 milioni di pellegrini. Intanto la preoccupazione corre nei corridoi delle scuole, dove tra streptococco, V e VI malattia, si sta rivedendo purtroppo anche il morbillo. Un aumento, dicono dalla Asl Roma 2, «legato ad un livello di copertura vaccinale non sufficiente a garantire una protezione adeguata» di tutti. L'azienda sanitaria locale ha aperto degli slot nei suoi centri vaccinali e chiunque può andare, dalle 8.30 alle 12.30, dal lune-

di al venerdì, senza necessità di prendere appuntamento. Tanto è urgente correre ai ripari. Secondo Alberto Villani, responsabile del dipartimento Emergenza e accettazione e Pediatria generale dell'ospedale Bambino Gesù «il numero dei casi è destinato a crescere con matematica certezza», anche guardando ai «paesi europei dove si sta registrando un aumento anomalo di casi», come Romania, Austria, Francia, Germania. E se ogni positivo può trasmettere la malattia a tante persone in contemporanea, il rischio che i contagi possano finire fuori controllo è concreto.

Come si previene? «Col vaccino», conferma Villani. «Dal 2017 è obbligatorio per i bambini, ma la percentuale di persone coperte con entrambe le dosi è sotto al 90%». Una quota troppo bassa per bloccare la circolazione del virus.

**Dati preoccupanti
in vista del Giubileo
Asl Roma 2 invita
a vaccinare i bambini**



Prevenzione

Per evitare il proliferare del morbillo la Asl Roma 2 ha chiesto alle famiglie di vaccinare i bambini



SANITÀ

Arriva il numero unico europeo «116117» per sgravare gli operatori dell'emergenza

Troppe chiamate al 112 E nasce il centralino per le cure non urgenti

Entro il 2025 apriranno due centrali operative dedicate

ANTONIO SBRAGA

... Dal Nue 112 al Nea 116117: entro la fine dell'anno verrà istituito a Roma il nuovo centralino del Numero Europeo Armonizzato (Nea) 116117. Sarà un centralino dedicato eminentemente all'accesso per le cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità e priorità di cura. L'Ares 118, infatti, ha programmato «la prima centrale operativa (Roma e Provincia), per la quale è richiesto un fabbisogno complessivo di 29 unità, di cui 25 infermieri, 2 assistenti amministrativi e 4 collaboratori, previsto per il IV trimestre 2024». Mentre è programmata per il «2025 la seconda Centrale operativa (province laziali), per la quale è richiesto un fabbisogno complessivo di 29 unità, di cui 27 infermieri e 2 assistenti amministrativi previsti per la fine del 2025». Ma proprio per l'anno santo l'Ares ha in programma anche un «potenziamento dei mezzi di soccorso: in considerazione del Giubileo sarà necessario acquisire ulteriori risorse aggiuntive per garantire l'operatività di 20 mezzi di soccorso aggiuntivi rispetto all'attuale dotazione». Il Lazio è una delle prime 5 Regioni italiane ad attivare questo servizio, già operativo in Lombardia. Il Nea 116117 garantirà «a tutti i cittadini nelle 24 ore la possibilità di ricevere, senza so-

luzione di continuità, risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti. Inoltre funziona da raccordo con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza». Perché il nuovo numero metterà in contatto i cittadini «con un medico o con un operatore competente. A seconda delle diverse necessità, il medico o l'operatore valutano se è possibile rispondere direttamente

all'utente o se trasferire la sua richiesta verso il servizio di riferimento». Ma il nuovo centralino dispenserà anche «consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltramento della chiamata al 112».

Proprio per le 2 centrali operative del Nue 112 di Roma e Lazio sono intanto arrivati gli attesi rinforzi: è stata stilata, infatti, la graduatoria finale dei vincitori del corso-concorso selettivo di formazione per l'assunzione a tempo pieno e indeterminato di 40 assistenti di area tecnica. Però i sindacati chiedono di assumere tutti i 131 candidati idonei presenti nella graduatoria perché

molto qualificati», ma anche per il troppo stress per un lavoro che fa stare tutti i giorni esposti al centro di tutte le emergenze. E così, se negli ultimi 3 anni erano stati in 50 a lasciare, un'altra metà è andata in fuga nel giro di soli 8 mesi: da agosto all'aprile scorso, infatti, ben 24 operatori in meno. Un organico che si è assottigliato ormai da anni: la centrale unica di risposta (Cur), che risponde a qualunque numero di emergenza si chiami (113, 112, 115 e 118) per Roma e hinterland e poi smista le chiamate alle centrali operative è arrivata a contare solo 79 operatori in servizio (nell'agosto scorso erano 89). Mentre la seconda Cur, riservata alle restanti 4 province, era arrivata alla soglia minima di 30 operatori (l'estate scorsa erano 44).



3 giu
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Al Monaldi nasce l'ambulatorio per la cura delle retinopatie diabetiche

di *Gianluigi Manzi* *

In Campania sono circa 460mila o pazienti a rischio cecità per le complicanze del diabete. Questo perché è la Regione italiana con il più alto tasso di prevalenza di diabete di tipo 2. Eppure, solo un paziente su 10 (92%) esegue controlli regolari alla vista che consentono di tenere a bada i danni oculari legati alla malattia. Il diabete in generale è una patologia in aumento e la retinopatia diabetica è la più importante e precoce complicanza oculare del diabete mellito ed è ancora oggi nei Paesi industrializzati la principale causa di cecità legale. Per questo l'Ospedale Monaldi di Napoli, che quest'anno ha ottenuto la prestigiosa certificazione Iso 9001, in collaborazione con l'Associazione pazienti malattie oculari (Apmo), ha organizzato la campagna di sensibilizzazione e prevenzione per le maculopatie diabetiche "Diabete, teniamolo d'occhio". Il prossimo 5 giugno verranno organizzati presso l'Unità operativa complessa di oculistica controlli gratuiti della vista per i pazienti seguiti dalla diabetologia. Questa attività di sensibilizzazione è fondamentale perché i sintomi della retinopatia diabetica compaiono tardivamente, quando le lesioni sono già avanzate, e ciò limita spesso l'efficacia del trattamento. I principali fattori di rischio associati alla comparsa più precoce e a un'evoluzione più rapida della retinopatia diabetica sono: la durata del diabete, il cattivo controllo glicemico e l'eventuale ipertensione arteriosa concomitante. La mancanza di sintomi



non è indice, però, di assenza di danni alla retina dal momento che la riduzione della vista, di cui si accorge il paziente, compare spesso solo quando viene interessata la regione maculare o altri sintomi a volte sottovalutati come la comparsa di macchie mobili, la vista offuscata, la comparsa di aree scure, l'ipovisione, la difficoltà crescente di vista e la cecità. La buona notizia è che la retinopatia diabetica può essere tenuta a bada, prevenendo la cecità, con le nuove metodologie diagnostiche e il sostegno di molecole ad utilizzo intravitreale ed è possibile prevenire la cecità. Purché però si facciano controlli regolari che consentano una diagnosi tempestiva dei primi segni della malattia e che il diabete sia ben controllato. La diagnosi e la presa in carico precoce sono quindi fondamentali per salvare la vista. È quindi essenziale realizzare campagne di informazione e sensibilizzazione che diano ai pazienti con diabete l'opportunità di conoscere i rischi legati all'insorgenza della retinopatia e l'importanza della prevenzione. Per questo con la volontà di Francesco Calabrò e la passione di Ada Maffettone, responsabile della Diabetologia della Azienda Ospedaliera e con il sostegno e l'incoraggiamento dell'Associazione Pazienti Malattie Oculari, direttore esecutivo Michele Allamprese, abbiamo deciso di aprire i nostri ambulatori per una prima giornata di screening per pazienti diabetici che continuerà con un ambulatorio settimanale.

** Medico del servizio Retina della Uoc Oculistica dell'Ospedale Monaldi di Napoli*

© RIPRODUZIONE RISERVATA