

29 gennaio 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Largo della Sanità Militare, 60

00184 Roma

Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

DICHIARAZIONE

Sanità: firmato accordo ponte contratti Rsa. Costantino (Aris), "regioni facciano loro parte per accelerare rinnovo Ccnl"

26 Gennaio 2024 @ 17:05

Un accordo ponte prima di giungere alla definitiva sottoscrizione del Ccnl per il personale dipendente da Centri di riabilitazione e Residenze sanitarie assistenziali associati all'Aris è stato sottoscritto dalle sigle sindacali e dalla delegazione contrattuale dell'Associazione religiosa degli istituti socio-sanitari gestiti da enti e congregazioni religiose (Aris). Sarà operativo a partire dal 1° marzo prossimo. Trattandosi di un "accordo ponte", è destinato a restare in vigore sino al 30 giugno 2024; tuttavia conserverà la sua validità sino alla stipula del nuovo Ccnl. "Adottare questa tempistica per la decorrenza – spiega l'avvocato Giovanni Costantino, capo delegazione Aris – è stato reso necessario dalla complessità del trattamento normo-economico previsto dal Ccnl, che, per la sua elaborazione, richiede più tempo. C'è stata dunque la volontà di assicurare al più presto ai lavoratori quell'incremento tabellare necessario per adeguare gli stipendi ai costi in costante aumento". Per quanto riguarda la definizione del nuovo Ccnl, Costantino sottolinea "l'assoluta volontà dell'Aris di allinearsi a tutte le altre realtà operanti nei settori Cdr ed Rsa". Del resto, aggiunge, "l'Aris è stata tra i primi a firmare il passato Ccnl e ci duole veramente essere oggi in ritardo, consapevoli che sono passati ormai tanti, troppi anni da quell'ormai lontano 2012. C'è da dire che il settore ha visto in questi anni aggravarsi in modo esponenziale la propria situazione economico-finanziaria. Una situazione già minata dal mancato adeguamento, da parte delle Regioni, delle remunerazioni per le prestazioni divenute via via sempre più obsolete rispetto ai crescenti costi effettivi sopportati. La speranza ora è che le Regioni facciano la loro parte, così da rendere il percorso verso il rinnovo del Ccnl il più spedito possibile".



/ **Economia** / PMI

Bombardieri, 'bella notizia rinnovo per lavoratori coop sociali'

Il nuovo contratto è innovativo

ROMA, 27 gennaio 2024, 10:26

Redazione ANSA

La firma del rinnovo contrattuale delle cooperative sociali è una gran bella notizia per oltre quattrocentomila lavoratori. Il nuovo contratto è molto innovativo sia per gli incrementi economici sia per la parte normativa che estende i diritti e le tutele". Così in una nota Pierpaolo Bombardieri segretario generale Uil. " Finalmente nel terzo settore e nella sanità privata, grazie all'azione della Uil Fpl e delle altre sigle confederali, si afferma un nuovo e moderno modello di relazioni sindacali che ha portato recentemente anche alla sottoscrizione di due contratti ponte con Aiop e Aris rsa. L'obiettivo per il futuro deve essere il contratto unico per i lavoratori del terzo settore e della sanità privata".



[agenzie] Bombardieri su contratto cooperative sociali



By —27 Gennaio 2024 🗨️ Nessun commento 🕒 1 Min Read

(AGENPARL) – sab 27 gennaio 2024 DICHIARAZIONE DI PIERPAOLO BOMBARDIERI SEGRETARIO GENERALE UIL

La firma del rinnovo contrattuale delle cooperative sociali è una gran bella notizia per oltre quattrocentomila lavoratori. Il nuovo contratto è molto innovativo sia per gli incrementi economici sia per la parte normativa che estende i diritti e le tutele. Finalmente nel terzo settore e nella sanità privata, grazie all'azione della Uil Fpl e delle altre sigle confederali, si afferma un nuovo e moderno modello di relazioni sindacali che ha portato recentemente anche alla sottoscrizione di due contratti ponte con Aiop e [Aris](#) rsa. L'obiettivo per il futuro deve essere il contratto unico per i lavoratori del terzo settore e della sanità privata.

Roma, 27 gennaio 2024

Ufficio stampa Uil

06/4753.285/427

L'ECO DI BERGAMO

27/01/2024

Trovato l'accordo per gli addetti di 5 case di riposo

Contratto Aris

Raggiunto ieri l'accordo ponte tra sindacati e Aris, l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari, passaggio fondamentale in vista del rinnovo del contratto nazionale unico del settore socio-assistenziale con l'altra associazione datoriale Aiop.

Nella nostra provincia, le realtà coinvolte sono cinque: la Rsa Sacro Cuore di Bergamo e la Rsa di Torre Boldone (entrambe fanno parte dell'Istituto Palazzo); il Centro Don Orione Rsa e la Fondazione Angelo Custode di Bergamo e infine la Rsd Casa Beato Luigi Guanella, residenza sanitaria per disabili di Verdello. Complessivamente i lavoratori coinvolti sono circa 500.

Con questa intesa viene uni-

formata la retribuzione tra dipendenti assunti prima e dopo il 2012 (in tema di superminimo). Dunque 13 mensilità di 40 euro lordi per chi già godeva del superminimo e 13 mensilità in rapporto alla professione-inquadramento fino a un massimo di 318,50 euro per chi invece non lo percepiva. Sono previste ulteriori maggiorazioni per alcune categorie professionali; viene armonizzata la formazione in materia di sicurezza sul lavoro, viene aggiornata la casistica di ricorso ai tempi determinati.

«Il contratto Aris è scaduto da oltre 10 anni. In occasione dell'ultimo rinnovo, nel 2012, la Cgil aveva valutato di non sottoscriverlo, perché considerato penalizzante per i lavoratori - puntualizzano Ingalill Nordli,

Andrea Bettinelli e Diego Lodetti della Funzione pubblica della Cgil di Bergamo -. Ora l'accordo ponte è un risultato importante che non consideriamo un traguardo, ma un punto di partenza per arrivare a un vero e proprio rinnovo contrattuale anche con Aiop e a un contratto unico del settore socio-assistenziale (Rsa e Rsd) che ancora non esiste. Attendiamo dunque l'apertura inderogabile del nuovo tavolo di negoziazione».

«Abbiamo centrato l'obiettivo iniziale di adeguare tutti gli stipendi portandoli a un livello omogeneo, eliminando quel gap salariale tra assunti prima e dopo il 2012 - continuano i tre sindacalisti -. La sottoscrizione di questo accordo ponte ci consente, poi, sin da subito di tornare a sederci ai tavoli delle trattative

aziendali per rappresentare le istanze locali dei nostri iscritti». Visto il raggiungimento dell'accordo, lo sciopero previsto per il 31 gennaio è revocato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nella nostra provincia l'intesa riguarda cinque istituti socio-sanitari

LA SICILIA

29/01/2024

Contratto fisioterapisti firmato un accordo ponte ma è polemica sui salari

I sindacati sono soddisfatti tanto che lo sciopero di mercoledì è revocato, ma i lavoratori degli istituti sociosanitari e dell'ospedalità privata chiedono maggiori garanzie salariali.
CARMELO DI MAURO pagina II

Fisioterapisti, firmato accordo ponte del contratto sindacati soddisfatti ma i lavoratori non esultano

L'intesa. Revocato lo sciopero del 31, la polemica è sugli aumenti salariali

È stato firmato l'accordo ponte del Contratto collettivo nazionale di lavoro Aris Rsa (Associazione religiosa istituti sociosanitari). Tra i punti salienti dell'accordo per i lavoratori che beneficiano del superminimo, il riconoscimento di un elemento retributivo aggiuntivo per 13 mensilità di 40 euro lordi; mentre per quelli che non beneficiano del superminimo il riconoscimento va elargito in rapporto alla professione/inquadramento fino ad un massimo di 318,50 euro. Per quanto riguarda invece l'Aiop Rsa (Associazione italiana ospedalità privata), l'accordo ponte è stato siglato il 26 ottobre scorso.

Ottenuto quanto richiesto, i sindacati di categoria, dunque, revocano lo sciopero nazionale di settore indetto per mercoledì 31. L'altro passo sarà adesso quello di convocare un tavolo per il rinnovo del contratto nazionale del personale non medico che opera nella componente di diritto privato del Servizio sanitario nazionale tramite le due associazioni Aris e Aiop. Per giungere, finalmente, alla sottoscrizione di un Ccnl unico e nuovo, atteso da ben 12 anni, ma sempre rinviato.

Se il tavolo delle trattative relative all'Aris è naufragato più volte, prima di giungere all'agognata definizione, i dipendenti Aiop, come detto, dal 1° ottobre scorso godono di un accordo ponte capace di garantire loro un anticipo sugli aumenti contrattuali. Quindi si lavora adesso per la definizione di un contratto congiunto Aris/Aiop del comparto Rsa, con il riconoscimento di nuovi tabellari, per renderli uniformi a quelli del settore, contrastando il "dumping", ossia l'applicazione di contratti collettivi sottoscritti da organizzazioni sindacali e datoriali

rappresentative del settore. Con una finalità ben precisa: ridurre il costo del lavoro e le tutele contrattuali per contrastare la concorrenza di aziende più rispettose delle regole e più virtuose, a danno delle condizioni di lavoro e della qualità dell'offerta.

Il perdurare di questa situazione porterà inevitabilmente alla fuga delle professionalità, all'esacerbazione di animi da cui si intuisce, senza che sia necessaria tanta fantasia, un inasprimento dei rapporti che sfocerebbe nella difficoltà a poter garantire prestazioni agli incolpevoli pazienti.

Allo stato attuale, come denuncia da numerosi lavoratori, la professione risulta molto meno attrattiva in rapporto agli standard di altre nazioni europee, invogliando, di conseguenza, il professionista sanitario italiano a cercare lavoro all'estero, dove la possibilità di poter raggiungere migliori livelli retributivi e avanzamenti di carriera, in particolare modo nei ruoli di coordinamento e dirigenza, non è affatto una chimera. Ma sicuramente quello della non adeguata retribuzione, rispetto alla quantità e qualità di lavoro prestato, è oggi l'aspetto più segnalato, almeno dagli operatori etnei.

Tutti soddisfatti dunque? Le sigle sindacali che hanno condotto le trattative a livello nazionale sicuramente sì, tanto da decidere di revocare lo sciopero. Ma la "base" dei lavoratori che fa fermento alle segreterie provinciali non sembra esultare.

«Nel 2012 Aris Rsa - racconta una fisioterapista che opera in una struttura etnea - stipula un Ccnl già scaduto nel 2005 che aumenta le ore di lavoro portandole da 36 a 38 settimanali e non aumenta di un centesimo lo stipendio, anzi diminuisce, infatti stabiliscono nel tariffario ta-

bellare per ogni categoria uno stipendio più basso di quello che si percepiva e la parte eccedente viene chiamata superminimo (gli scatti di anzianità maturati). Superminimo che comunque non può essere riassorbito nei successivi rinnovi contrattuali. E invece no - continua - perché Aris fa e Aris disfa, nel senso che ha riassorbito il superminimo nel tariffario tabellare e ha dato come contentino 40 euro di superminimo collettivo.

«I nuovi contratti stipulati dopo il 2012 invece beneficiano di un aumento di 194 euro, più i 40 euro di superminimo. Questo significa che chi lavora da più di 23 anni percepisce lo stesso stipendio di chi è entrato ieri. Inoltre - continua la fisioterapista - nell'accordo non si parla di arretrati, di incremento delle indennità variabili, di incremento del premio produzione, voci ferme dal 2005».

Il malcontento dei lavoratori delle Rsa Aris etnee si sta allargando in questi giorni a macchia d'olio. Le domande sempre le stesse: «Da che parte stanno i sindacati? Stanno forse dalla parte datoriale? Come possono essere accettate condizioni del genere?».

Indiscrezioni parlano della decisione di decine di lavoratori che intenderebbero impugnare l'accordo

sindacale, e ne avrebbero tutto il diritto se insoddisfatti o in disaccordo con alcuni aspetti dell'accordo stesso, relativamente ad aspetti salariali, condizioni di lavoro, benefit... Nel caso specifico contro i sindacati che non avrebbero inviato le bozze preliminari di contratto ai regionali e provinciali e hanno firmato alla chetichella.

Intenderebbero intentare una causa contro **Aris**: per superminimo

non riassorbibile; nel senso che l'aumento non può essere compensato o assorbito in futuro da altri tagli o modifiche; e per trattamento penalizzante nei confronti del lavoratore assunto prima del 2012 che riceve per gli arretrati un superminimo di 40 euro, mentre chi è stato assunto dopo con lo stesso tipo di contratto riceve 194 euro.

CARMELO DI MAURO



LAVORO

Firmato l'accordo **Aris** per le RSA in provincia di Bergamo: revocato lo sciopero del 31 gennaio

Sono circa 500 lavoratori in cinque strutture che applicano il contratto: tra queste la RSD per disabili Casa Beato Luigi Guanella a Verdello



VERDELLO Pubblicazione: 26 Gennaio 2024 16:13

È stato raggiunto nella giornata di ieri, 25 gennaio, l'accordo "ponte" tra sindacati e **ARIS**, l'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari, passaggio fondamentale in vista del rinnovo del Contratto nazionale unico del settore socio-assistenziale con l'altra associazione datoriale Aiop.

In provincia 5 strutture

In provincia di Bergamo le realtà coinvolte sono cinque: la RSA Sacro Cuore di Bergamo e la RSA di Torre Boldone, entrambe parte dell'Istituto Palazzolo, poi il Centro Don Orione RSA e la Fondazione Angelo Custode di Bergamo e

infine la **RSD Casa Beato Luigi Guanella, residenza sanitaria per disabili di Verdello**. Complessivamente i lavoratori coinvolti sul territorio provinciale sono circa 500.

“Il contratto **Aris** è scaduto da oltre 10 anni. In occasione dell’ultimo rinnovo, nel 2012, la Cgil aveva valutato di non sottoscriverlo perché considerato penalizzante per i lavoratori - hanno puntualizzato oggi **Ingalill Nordli, Andrea Bettinelli** e **Diego Lodetti** per Fp-Cgil di Bergamo - Ora l’accordo ponte è un risultato importante che non consideriamo un traguardo ma un punto di partenza per arrivare a un vero e proprio rinnovo contrattuale anche con Aiop e a un contratto unico del settore socio-assistenziale (RSA e RSD) che ancora non esiste. Attendiamo dunque l’apertura inderogabile del nuovo tavolo di negoziazione”.

L'accordo **Aris Rsa**

I punti salienti dell’accordo ponte **ARIS** RSA prevedono che venga uniformata la retribuzione tra dipendenti assunti prima e dopo il 2012 (in tema di superminimo). Dunque 13 mensilità di 40 euro lordi per chi già godeva del superminimo, e 13 mensilità in rapporto alla professione/inquadramento fino ad un massimo di 318,50 euro per chi invece non lo percepiva. Sono inoltre previste ulteriori maggiorazioni per alcune categorie professionali, viene armonizzata la formazione in materia di sicurezza sul lavoro e viene aggiornata la casistica di ricorso ai tempi determinati.

“Abbiamo centrato l’obiettivo iniziale di adeguare tutti gli stipendi portandoli a un livello omogeneo, eliminando quel gap salariale tra assunti prima e dopo il 2012 - concludono i tre sindacalisti - La sottoscrizione di questo accordo ponte ci consente, poi, sin da subito di tornare a sederci ai tavoli delle trattative aziendali per rappresentare le istanze locali dei nostri iscritti”.

Visto il raggiungimento dell’accordo, lo sciopero previsto per il 31 gennaio è stato revocato.



LAVORO | 26 gennaio 2024, 11:39

Settore RSA, trovato l'accordo ponte. Revocato lo sciopero nazionale

Stefano Gottardi e Giovanni Zanini, segretari generali di Uil Fpl e Cisl Fp, comunicano l'intesa raggiunta con **ARIS** RSA e la revoca della mobilitazione annunciata per il 31 gennaio.



Stefano Gottardi e Giovanni Zanini

Revocato lo sciopero nazionale annunciato il 22 gennaio scorso da Cisl Fp e Uil Fpl Verona **previsto per il 31 gennaio** e che riguardava **il personale** che lavora nelle strutture che applicano il **CCNL Aris Rsa**. **Grazie a un importante accordo raggiunto tra i sindacati e le parti datoriali**, rappresentate da **Giovanni Zanini e Stefano Gottardi**, segretari generali di Cisl Fp e Uil Fpl, c'è stata nelle scorse ore **un'apertura di un tavolo di negoziazione** culminato in **un'intesa che ha scongiurato, appunto, lo sciopero**.

I punti salienti dell'accordo ponte **ARIS RSA** sono di notevole rilevanza per le lavoratrici e i lavoratori del settore. Tra le misure adottate, spicca il **riconoscimento di un Elemento Retributivo Aggiuntivo (ERA) per 13 mensilità**. Questo ERA sarà di **40 euro lordi per coloro che beneficiano del superminimo previsto dall'articolo 56**, mentre per gli altri lavoratori, l'importo dell'ERA varierà in base alla professione e all'inquadramento **fino a un massimo di 318,50 euro**.

L'accordo prevede anche **una maggiorazione delle somme aggiuntive lorde per alcune categorie professionali**, un passo importante verso il riconoscimento del valore e dell'importanza del lavoro svolto da queste figure.



Un altro aspetto fondamentale riguarda l'armonizzazione delle modalità per la formazione in materia di **sicurezza sul lavoro**, in linea con quanto previsto nel contratto della sanità privata. Questo aspetto sottolinea l'attenzione alla salute e alla sicurezza dei lavoratori, aspetti sempre più centrali nel dibattito sindacale.

Inoltre, **è stata aggiornata la casistica di ricorso ai contratti a tempo determinato**, un tema spesso al centro delle trattative sindacali per garantire maggiori tutele e stabilità lavorativa.

La sospensione dello sciopero è il risultato di un dialogo costruttivo e della volontà di entrambe le parti di trovare una soluzione equa e soddisfacente. Questo accordo ponte tra Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl e le parti datoriali **ARIS RSA** e **AIOP RSA** rappresenta un impegno concreto verso la sottoscrizione di un **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) unico e nuovo per il settore**, con l'obiettivo di migliorare ulteriormente le condizioni lavorative e retributive dei lavoratori.



Sanità: firmato accordo ponte contratti Rsa. Costantino (Aris), “regioni facciano loro parte per accelerare rinnovo Ccnl”

26 Gennaio 2024

Un accordo ponte prima di giungere alla definitiva sottoscrizione del Ccnl per il personale dipendente da Centri di riabilitazione e Residenze sanitarie assistenziali associati all'Aris è stato sottoscritto dalle sigle sindacali e dalla delegazione contrattuale dell'Associazione religiosa degli istituti socio-sanitari gestiti da enti e congregazioni religiose (Aris). Sarà operativo a partire dal 1° marzo prossimo. Trattandosi di un “accordo ponte”, è destinato a restare in vigore sino al 30 giugno 2024; tuttavia conserverà la sua validità sino alla stipula del nuovo Ccnl.

“Adottare questa tempistica per la decorrenza – spiega l'avvocato Giovanni Costantino, capo delegazione Aris – è stato reso necessario dalla complessità del trattamento normo-economico previsto dal Ccnl, che, per la sua elaborazione, richiede più tempo. C'è stata dunque la volontà di assicurare al più presto ai lavoratori quell'incremento tabellare necessario per adeguare gli stipendi ai costi in costante aumento”.

Per quanto riguarda la definizione del nuovo Ccnl, Costantino sottolinea “l'assoluta volontà dell'Aris di allinearsi a tutte le altre realtà operanti nei settori Cdr ed Rsa”. Del resto, aggiunge, “l'Aris è stata tra i primi a firmare il passato Ccnl e ci duole veramente essere oggi in ritardo, consapevoli che sono passati ormai tanti, troppi anni da quell'ormai lontano 2012. C'è da dire che il settore ha visto in questi anni aggravarsi in modo esponenziale la propria situazione economico-finanziaria. Una situazione già minata dal mancato adeguamento, da parte delle Regioni, delle remunerazioni per le prestazioni divenute via via sempre più obsolete rispetto ai crescenti costi effettivi sopportati. La speranza ora è che le Regioni facciano la loro parte, così da rendere il percorso verso il rinnovo del Ccnl il più spedito possibile”.



Salute, Arena (Aris), “Le RSA siano centrali nella riforma della assistenza sanitaria territoriale”

27 Gennaio 2024

“Diventa quanto mai necessario e urgente, ripensare il sistema dei servizi territoriali secondo una nuova prospettiva, volta ad individuare un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, rovesciando il tradizionale ospedalcentrismo che ha caratterizzato il nostro SSN per molti anni. La riforma dell’assistenza territoriale è un elemento cruciale per permettere la riqualificazione del Servizio sanitario nazionale (SSN)”.

È quanto dichiara Domenico Arena, presidente di Aris Sicilia e responsabile Nazionale RSA di **Aris** – Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari, intervenendo al seminario “I servizi residenziali per le persone anziane. Il (nuovo) snodo della sanità territoriale”, che si è tenuto in questi giorni a Bologna.

L’iniziativa, promossa da Age.It, uno dei 14 partenariati estesi finanziati nell’ambito del PNRR dal Ministero della Ricerca e l’unico dedicato alle conseguenze e sfide dell’invecchiamento, e dall’Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, si colloca nell’ambito del Progetto di ricerca sulla “sostenibilità dei modelli di cura nelle società che invecchiano, finanziato dal Ministero della Ricerca nell’ambito del PNRR e dedicato alle conseguenze e alle sfide dell’invecchiamento.

Oltre ad Aris sono intervenute ANASTE, UNEBA, Confcommercio Salute Sanità e Cura Lombardia, Ass.ne Rinata, Aprire Network, Fondazione Promozione Sociale, CDSA, Ass.ne Felicità.

“Chi, come noi, da anni, anzi da decenni, si prende cura della fragilità umana – prosegue Arena – conosce bene i bisogni di queste persone, che sono bisogni assistenziali complessi, per i quali occorre un approccio sistemico, integrato, che garantisca la continuità e la globalità delle cure. E perché non continuare a dare una risposta alla soddisfazione di questi bisogni di complessità nelle RSA, considerato che lo stesso Report Semestrale dell’AGENAS mette in evidenza le carenze di attivazione di quanto previsto dal DL 77?”.

“Basti pensare – ricorda il Responsabile Nazionale RSA di Aris – che sono stati attivati 76 Ospedali di Comunità su 434. Questo ruolo non possono continuare a svolgerlo le RSA dimensionate a misura d’uomo anziché costruire e realizzare nuove strutture in alternativa alle residenze per anziani? La stessa legge 33/2023 riorganizza il modello di assistenza agli anziani nell’ambito di una generale riforma del sistema sanitario nazionale incardinata nel PNRR e nelle leggi collegate”.

“I centri residenziali – evidenzia ancora Arena – potrebbero divenire centri multiservizi, integrati e aperti, diventando strutture cruciali per l’assistenza della persona anziana fragile nella sua interezza. E’ importante, però, che queste strutture siano messe nella condizione di svolgere un ruolo centrale per il territorio, in riferimento non solo alla residenzialità ma anche all’assistenza domiciliare e al cohousing, valorizzando le potenzialità delle RSA e consentendo al paziente di avere il conforto, indispensabile per affrontare la propria condizione di fragilità. A tal fine, è necessaria una nuova visione centrata su un cambio di paradigma che richiede, per trovare realizzazione, non semplicemente nuove strutture e nuove tecnologie, ma soprattutto maggiori risorse, sia in termini di personale aggiuntivo sia in termini di formazione e competenze che ad oggi non esistono. Elementi, peraltro, tutti necessari e già presenti nel PNRR, ma del tutto insufficienti se non troveranno nella valorizzazione delle risorse umane il loro indispensabile complemento”.

“In ultimo ci corre l’obbligo di soffermarci sul rinnovo dei CCNL di categoria quantomeno per adeguarli al reale costo della vita. Anche qui abbiamo chiesto interlocuzioni ministeriali per la dovuta copertura finanziaria”, conclude Arena.

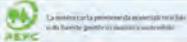


la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari



Lunedì 29 gennaio 2024



Oggi con Affari&Finanza

Annuncio N. 4 - Importo €1,70

L'INCHIESTA

Cento conflitti di interesse

Deputati, senatori, ministri, viceministri e sottosegretari: possiedono quote in aziende che non hanno dichiarato, siedono in cda, e sono lobbisti di se stessi

Il caso di Pichetto Fratin, titolare di incarichi che portano a un groviglio di rapporti con società che hanno legami con il dicastero dell'Ambiente

Lollobrigida contro i giornalisti: "Cresciuti a champagne, ignorano l'odore del letame"

L'editoriale

La stampa non è il coro del potere

di Ezio Mauro

Tutti gli ingredienti della natura politica di questa destra sovranista che guida l'Italia si uniscono infine nell'istinto meloniano di cercare nemici, dipingerli con i colori della convenienza e additarli al suo popolo.

• a pagina 21

Quote di aziende e ruoli in consigli di amministrazione. E al tempo stesso posizioni in Parlamento. Lobbisti di se stessi. Sono tantissimi i conflitti di interesse che riguardano ben cento deputati e senatori, alcuni anche ministri e sottosegretari. In alcuni casi siedono contemporaneamente in Parlamento e in due o tre cda di aziende che con lo Stato hanno a che fare per appalti milionari. Tanto in Italia non esiste una sola legge sul conflitto di interessi. In Fratelli d'Italia, il partito della premier, ce ne sono quaranta. Intanto il ministro Lollobrigida continua la campagna contro la stampa.

di Casadio, Colombo e Frascilla • alle pagine 2,3 e 6

Open di Australia

Slam

Jannik Sinner è nella Storia. Piega Medvedev in rimonta. Dopo 48 anni, un italiano tra i re del tennis maschile

di Chiusano e Rossi • alle pagine 29,30 e 31



Il ragazzo di ghiaccio che ci regala fuoco

di Maurizio Crosetti • a pagina 21

Educazione sinneriana

di Emanuela Andisio • a pagina 30

Dritto al cuore

di Gabriele Romagnoli • alle pagine 28 e 29

Come un aereo risalito dall'abisso

di Paolo Condò • a pagina 31

Tre morti e trentaquattro feriti in Giordania

Attacco alla base Usa Biden: "Ispirato dall'Iran"

Il caso

Le star minacciate dalle foto fake dell'IA allarmano l'America

di Pier Luigi Pisa • a pagina 15

di Gianluca Di Feo

Il drone carico di esplosivo è arrivato nell'oscurità, senza venire avvistato dalle difese contraeree. Si è diretto sulla piccola base segreta americana, chiamata in codice "Tower 22", creata in uno dei punti più caldi del pianeta: la zona della triplice frontiera, dove si incrociano i confini di Siria, Iraq e Giordania.

• a pagina 13

Mappe

Il potere locale nella democrazia incerta

di Ilvo Diamanti

Il 2024 è un "anno elettorale" importante. Segnato dalle elezioni europee del prossimo giugno. Inoltre, si voterà per rinnovare le amministrazioni e quindi i presidenti di 5 Regioni. Anzitutto in Sardegna e, quindi, in Abruzzo. Più avanti, in Piemonte, Basilicata, Umbria.

• a pagina 4

AMICI CUCCIOLOTTI LE FIGURINE CHE SALVANO GLI ANIMALI PER BAMBINI DA 0 A 100 ANNI IN SU! PIZZARDI EDITORE INSIEME A TE AIUTA ENTE NAZIONALE PROTEZIONE ANIMALI

Le Idee



Il tempo dell'evaporazione del padre

di Massimo Recalcati • a pagina 20

Cultura



L'ex Jugoslavia e l'orrore svelato da una scatola

di Paolo Rumiz • alle pagine 22 e 23

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 50 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

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

TIGOTA

Lo scrittore all'Olimpico
«Fischi alla Memoria
Mai più allo stadio»
di Alessandro Piperno
a pagina 14

Successo a Firenze
Lautaro riporta
l'Inter in vetta
di Bocci, Cherubini, Nerozzi
e Tomaselli alle pagine 40, 41 e 43

TIGOTA

Berlusconi in campo

TRENT'ANNI
TRA ERRORI
E SORPRESE

di Angelo Panebianco

Giusto trent'anni fa Silvio Berlusconi ufficializzò, con un celebre messaggio televisivo (26 gennaio 1994) il suo ingresso in politica. E forse utile riconsiderare come reagirono a un evento che avrebbe cambiato per sempre la storia italiana gli osservatori dell'epoca. Chi scrive si occupò della «discesa in campo» di Berlusconi in due editoriali apparsi sul Corriere rispettivamente il 9 dicembre 1993 (Berlusconi aveva appena comunicato che il suo nuovo partito era bello e pronto) e il 27 gennaio 1994, il giorno dopo il fatidico messaggio. Il primo editoriale aveva un titolo eloquente: «Lasci perdere, Cavaliere». Dei quattro principali argomenti da me usati in quei due articoli, il primo si sarebbe rivelato totalmente sbagliato, il secondo sbagliato a metà, e gli ultimi due corretti. Come tanti altri feci l'errore di credere che quello di Berlusconi sarebbe stato un insuccesso elettorale. In quel momento non c'erano ancora sondaggi disponibili. Scrisi che, a mio parere, la sua discesa in campo avrebbe ritardato la formazione di uno schieramento alternativo alla sinistra e avrebbe dato a quest'ultima una formidabile arma elettorale: Berlusconi sarebbe diventato il Belzebù, l'Uomo Nero contro cui mobilitare gli elettori. Berlusconi diventò effettivamente per la sinistra, nel corso della campagna elettorale, l'Uomo Nero ma ciò non gli impedì di sbaragliare la «gigolosa macchina da guerra» di Achille Occhetto. continua a pagina 30

Tennis Australian Open, Medvedev battuto in 5 set



Il regalo di Sinner
Soffre, rimonta
e vince
il primo Slam

da pagina 8 a pagina 11

IN PRIMO PIANO

INTERVISTA AL CAMPIONE
«Sono libero,
grazie ai miei»

di Gaia Piccardi
a pagina 9

MATURO A 22 ANNI
Lo stile-Jannik,
stella normale

di Marco Imarisio
a pagina 11

GIANNELLI



ITALIA LA CULLA
DEL DIRITTO
E DEL ROVESCIO

Attacco con i droni: 3 morti e oltre 30 feriti. L'accusa di Biden

Raid in Giordania,
soldati Usa uccisi
«Dietro c'è l'Iran»

Si tratta sulla tregua. Israele: colloqui costruttivi

di Davide Frattini
e Viviana Mazza

Colpita una base americana in Giordania, al confine con la Siria. L'attacco con i droni ha provocato la morte di tre militari. Più di trenta i feriti. Il presidente Joe Biden: perseguiremo i responsabili. Il sospetto che dietro l'attentato ci sia la mano dell'Iran. Sono i primi soldati americani uccisi in Medio Oriente dall'inizio del conflitto. Spiragli per la liberazione degli ostaggi. «Colloqui positivi» per Israele. da pagina 2 a pagina 5
Olimpio, Privitera

DATARO

Clima in mano ai petrostatati

di Milena Gabanelli, Luigi Offeddu
e Francesco Tortora

Le conferenze mondiali sul clima e le lobby dei fossili: ecco come funziona l'assegnazione delle Cop nei cinque blocchi. La strategia dei «petrostatati». a pagina 23

A ROMA IL VERTICE SUL «PIANO MATTEI»

La classe media? È in Africa

di Federico Rampini
a pagina 13

Turchia Arrestati due uomini. La rivendicazione dell'Isis

Assalto nella chiesa italiana
Istanbul, terrore e un morto

di Monica Ricci Sargentini

Due uomini armati e mascherati hanno fatto irruzione in una chiesa cattolica italiana durante la messa domenicale e hanno colpito a morte un cittadino turco. Il commando è entrato in azione quando in Italia erano le 9,40, nella chiesa di Santa Maria a Sariyer, a Istanbul. Gli uomini incappucciati avrebbero iniziato a seminare terrore sparando in aria, quindi avrebbero ucciso un fedele che spesso, a causa delle sue difficili condizioni economiche, proprio tra le panche di quella chiesa trovava riparo e conforto. L'ombra dell'Isis. a pagina 6 Vecchi

LA SCELTA DI COLPIRE IN UN LUOGO DI CULTO

La minoranza cattolica
e i timori che torni il tempo
della violenza religiosa

di Andrea Riccardi

L'uccisione di un turco da parte di due uomini, penetrati durante la messa nella chiesa cattolica di Santa Maria nel sobborgo Buyukdere a Istanbul, fa temere per la sicurezza delle minoranze religiose in Turchia. Il filmato delle telecamere mostra due armati mascherati che minacciano i pochi fedeli, colpendone uno entrato prima di loro. Sparano, mentre i fedeli si gettano a terra. Hanno voluto uccidere in chiesa, perché avrebbero potuto colpire quell'uomo prima. continua a pagina 30

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

In uno dei suoi Dialoghi con Leuco, libro in cui immagina delle conversazioni tra uomini e dei, Cesare Pavese racconta quella tra Esiodo e la Musa. Il poeta si lamenta dell'insoddisfazione che l'ha spinto a cercare la dea sul monte dove risiede, per trovare «l'ispirazione» che possa rinnovare il suo faticoso vivere: «Provo un fastidio delle cose e dei lavori come lo sente l'ubriaco. Allora smetto e salgo qui sulla montagna». L'uomo, afferrato dal male di vivere, cerca la soluzione «in alto». Lì spera possa avvenire l'incontro con il divino che non trova «a valle», perché «la montagna» è la verticalità perduta, è il senso delle cose: andare in alto è andare dentro sé e verso il proprio compimento. Vivere solo in orizzontale, nel ripetersi di giorni e abitudini

Parlare con gli dei



della scatola del mondo, non basta per essere felici. L'uomo in crisi allora è spinto a «salire». Lo psicanalista e filosofo Carl Jung notava: «Fra tutti i pazienti oltre la mezza età, cioè oltre i 35 anni, non ce n'è uno il cui problema non sia quello della sua dimensione religiosa. Soffre perché ha perduto quello che le religioni hanno donato in ogni tempo ai loro fedeli, e nessuno è guarito se non riacquistando nuovamente la sua attitudine religiosa, il che non ha a che fare con una particolare confessione o chiesa». A che cosa si riferiva? A ciò che la penna di Pavese mette in scena: cercare l'incontro con il divino e rinnovare giorni spenti e atti risaputi. E il suo alter-ego narrativo, Esiodo, che cosa trova sulla montagna? continua a pagina 29

NOVITÀ
DORMITA GALATTICA,
RISVEGLIO SPAZIALE.
PASTIGLIE GOMMOSE
SENZA GELATINA DI ORIGINE ANIMALE
SENZA ZUCCHERI
NON CREA ABITUDINE
LAILA
Con Melatonina che aiuta a ridurre il tempo richiesto per prendere sonno. Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata ed equilibrata e di uno stile di vita sano.

LA PROTESTA

Lecco-zuppa sulla Gioconda che divide ambiente e arte

MARIO TOZZI, GABRIEL ZUCHTRIEGEL - PAGINA 23



LA STORIA

"Hanno abbandonato l'Ilva noi operai rischiamo troppo"

VALENTINA PETRINI - PAGINE 16 E 17



LE RIFORME

La scuola è uguale per tutti l'Autonomia tradisce la Carta

VIOLA ARDONE - PAGINA 22



LA STAMPA

LUNEDÌ 29 GENNAIO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N. 28 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1, COMMA 1, DCB-T0 II www.lastampa.it



ATTACCO IRANIANO CONTRO UNA BASE USA IN SIRIA: UCCISI TRE SOLDATI, DECINE DI FERITI. BIDEN: CI VENDICHEREMO

Il Papa: "Gaza, subito i due Stati"

Intervista esclusiva a Francesco: "Attenti a parlare di guerra giusta. Senza tregua si rischia l'escalation"

IL REPORTAGE

I parenti degli ostaggi "Bibi vuole zittirci"

FRANCESCA MANNOGCHI

Nora Friedman prende la parola dopo l'innalzamento della sua bandiera. A Gaza ha perso il suo compagno, il maresciallo Ido Rosenthal. Non vuole compiangersi né solo commemorare la sua perdita. Vuole dire la sua rabbia, affinché la storia di Ido non sia l'ennesima sulla conta dei sacrifici ma diventi «un atto d'accusa contro il governo e il suo primo ministro». Alle sue spalle a piazza Habima, a Tel Aviv, sullo schermo è proiettato il tempo che passa. 113 giorni, e i minuti e i secondi che seguono. Alla sua destra domina la scritta «Bring them home». Riportateli a casa. Sono 136 gli ostaggi ancora nella Striscia di Gaza. «Cercano di farci tacere - dice Friedman -, di convincerci che la vittoria sarà possibile solo se il Paese è unito. Ma questa unità deve includere il governo che sembra sconnesso da tutto. L'unità è un valore ma ora è sfruttata per il bene di una sola persona». - PAGINE 8 E 9 DEL GATTO - PAGINA 9



Il nostro mondo è sull'orlo dell'abisso. I trafficanti di armamenti sono gli unici a guadagnarci. I potenti della Terra, fermino la barbarie in ogni luogo o ne usciremo tutti sconfitti

DOMENICO AGASSO



Sulle coppie gay mi attaccano ma il Vangelo santifica tutti. Nella Chiesa ci sono sempre state proteste, sono piccoli gruppi ideologici, bisogna guardare avanti. Non temo uno scisma, confido in animi più sereni

- PAGINE 2 E 3

LE IDEE

Il potere, la critica e la social-dittatura

MASSIMO CACCIARI

La tendenza del potere politico a esercitare un'influenza diretta sui media dell'informazione esprime una legge di natura più che un esplicito atto della volontà. Occorre un po' di disincanto nell'affrontare il problema: chi esercita il potere è inevitabilmente propenso a rappresentarsi come espressione della "volontà generale". - PAGINA 29



IL RACCONTO

La vita grama dei piccoli contadini tra multinazionali e prezzi impazziti

MAURIZIO MAGGIANI



C'è un contadino innamorato tra le colline delle Terre del Sole. Su, lungo lo stradello al crinale delle Converselle nel punto in cui affaccia sui calanchi che degradano verso la campagna cesenate, qualcuno ha messo una panca di legno. Una cosa piuttosto rustica. - PAGINE 26 E 27



L'ANALISI

Rivolta dei trattori e destre al bivio

GIOVANNI ORSINA

«Non dimentichiamo l'ovvio», scrive Pascal Chabot in *Avere tempo*: «non si può piantare un chiodo su Internet». «Ci sono ora due umanità, quella che preme pulsanti, e quella per la quale questi segmenti significanti diventano ordinari». - PAGINA 28

LA GEOPOLITICA

Il "Piano Mattei" una sfida per Meloni

ALESSANDRO DE ANGELIS

Più volte annunciato (sin dal discorso di insediamento) e dato come imminente, il famoso Piano Mattei è stato il vero Godot del governo. Lost in cabin: perso nell'ennesima cabina di regia, pletorica quanto basta, piuttosto generica negli obiettivi, con pochi denari da spendere. - PAGINA 29

SINNER TRIONFA AGLI AUSTRALIAN OPEN: GRAZIE AI MIEI GENITORI, MI HANNO CHIESTO SOLO DI ESSERE FELICE

L'uomo dei sogni

DANIELA COTTO, ENRICO MARTINET



PAUL CROCK / AFP

Jannik, la rivincita dei freddi nell'Italia che si scalda per nulla

GIULIA ZONCA

Ora, nel mondo, esiste un detto che ci rappresenta senza essere nativo, un motto di seconda generazione: «Keep calm and carrot on». Lo ha scritto il profilo ufficiale degli Australian Open. - PAGINE 14 E 15



Becker: "La svolta alle Atp di Torino Si dividerà il trono con Alcaraz"

STEFANO SEMERARO

«Confesso: ho un debole per chi ha i capelli rossi e le lentiggini. L'ho visto per la prima volta quando ha avuto la wild card per Roma nel 2019. Poi ci siamo conosciuti meglio, siamo diventati amici». - PAGINA 13



F.lli Frattini
Serie MARCHE S
frattini.it

AGRI ZOO 2
PET SHOP
WWW.AGRIZOO2.IT



Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 140-N° 28
Spese in A.P. 08.553/0802 em. L. 46/2004 art. 1 c. 1 03/08/04

NAZIONALE



Lunedì 29 Gennaio 2024 • S. Costanzo

IL MERIDIANO

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

Svolta pop-rock
Il Volo sull'Ariston
«Al Festival addio all'immagine di bravi ragazzi»
Marzi a pag. 23



Oggi la Roma a Salerno
La Lazio non sfonda
il Napoli si difende:
è uno 0-0 amaro
Abbate e Dalla Palma nello Sport



L'ultimo sfogo in tv
Ora parla Ilary:
«È stato Iovino ad aprirmi gli occhi su Totti»
Guasco a pag. 16



Duelli mediatici
Le strategie della politica lontane dalla vita reale

Alessandro Campi

La lotta politica, quando mancano le idee o se ne hanno poche e sbagliate, si risolve inevitabilmente in un corpo e corpo violento anche se ai nostri giorni, per fortuna, non più sanguinoso. Diventa uno scontro tra bande per vincere il quale, più del voto degli elettori sui programmi di governo del partito, risulta decisivo, se l'obiettivo è danneggiare l'avversario o eliminarlo dalla scena, il ricorso a ogni possibile mezzo o strumento: dall'accusa più infamante alla menzogna deliberata, entrambe confezionate come verità credibili, dall'insulto allo sberleffo, dalla costruzione di un falso stato di allarme al diversivo propagandistico.

L'Italia odierna, mentre è appena iniziata la campagna elettorale che ci condurrà al voto europeo, offre un vasto campionario di queste tecniche politico-giornalistiche (ricordiamolo: politica e giornalismo in questo Paese vanno storicamente a braccetto), la cui elencazione sommaria può risultare, se non istruttiva sotto forma di pubblica denuncia, almeno divertente sul piano del racconto.

Partiamo da quella più utilizzata a sinistra: la "reductio ad hitlerum". È una strategia retorico-polemica alla quale essa ricorre soprattutto quando è in crisi di consensi. Dovrebbe servire, nelle intenzioni, a dare la sveglia ai propri militanti, a convincersi di essere sempre dalla parte giusta della storia e a gettare un discredito permanente sui propri competitori.

Continua a pag. 25

Primo successo azzurro in Australia, arriva uno Slam dopo 48 anni. Clamorosa rimonta su Medvedev: dallo 0-2 al 3-2

Leggenda Sinner



Il messaggio
Il tributo di Jannik ai suoi genitori: mi hanno reso libero
Piero Mei

Eccolo Jannik, il tennista dalla chioma rossa, il capo dei "Carota Boys" ormai promossi (...)
Continua a pag. 25

I vincitori di Parigi
Panatta e Pietrangeli
«Scriverà la storia del tennis mondiale»
Martucci nello Sport

Rientro trionfale
E ora lo attendono Mattarella al Colle e il palco di Sanremo
Arcobelli nello Sport

Jannik Sinner con il trofeo degli Australian Open 2024. Musica e Sorrentino nello Sport

Attacco con i droni al confine Siria-Giordania

Raid filo-iraniano: uccisi 3 soldati Usa
Ostaggi, si tratta: «L'accordo è vicino»

Mauro Evangelisti

Le milizie filo iraniane uccidono tre soldati americani e ne feriscono diverse decine in Medio Oriente. Colpisce una base al confine tra Siria e Giordania: sono le prime vittime americane dalla strage del 7 ottobre. Ad agire sono state milizie sostenute dall'Iran, lo stesso Paese che supporta Hezbo-

lah in Libano, Hamas nella Striscia di Gaza e gli Houthi nello Yemen. La grande incognita ora è la reazione Usa e lo spettro di un'estensione del conflitto iniziato il 7 ottobre con il massacro di Hamas e l'attacco di Israele a Gaza. Il presidente Biden: «I responsabili pagheranno». I Repubblicani spingono per una reazione militare.
A pag. 4



Il ministro della Pa: riforma anti-burocrazia nel decreto Pnrr

Zangrillo: «Stop ai permessi per aprire attività artigianali»

Andrea Bassi

«Niente più autorizzazioni per aprire un'attività artigianale». Il ministro della Pa Paolo Zangrillo anticipa a *Il Messaggero* il pacchetto di misure che sarà inserito nel prossimo decreto sul Pnrr: «Non saranno necessari permessi preventivi per muratori imbianchini, falegnami, sartori». Cambiano anche i controlli.
A pag. 3

FdI, M5S e Pd lavorano a una legge bipartisan

Aiuti a chi assume le donne vittime di violenza di genere

ROMA Agevolazioni a chi assume donne vittime di violenza: Fratelli d'Italia, M5S e Pd lavorano a una proposta unitaria.
Bulleri a pag. 9



Allarme nazionale



Farmaci introvabili la lista si allunga con molti salvavita

ROMA Farmaci, si allunga la lista degli introvabili. Dopo l'allarme sugli enzimi pancreatici secondo l'Alfa sono 3.500 i medicinali «scarenti». Criticità per 30 prodotti tra cui antidiabetici e anche antitumorali.
Melina a pag. 15

ALLARTCENTER

PORTE • FINESTRE • COPERTURE

DETRAZIONE FISCALE 50%

www.allartcenter.it - Roma

Il Segno di LUCA

TORO, AVANTI CON DINAMISMO

Una configurazione inaspettatamente armoniosa ti consente di affrontare la settimana che inizia oggi con particolare dinamismo. Sei spinto anche dalla congiunzione di Marte e Mercurio, che ti rende più concreto e determinato nell'affrontare i diversi impegni. Parallelamente, c'è un clima affettivamente molto piacevole, che ti consente di avere l'amore come carburante. Hai tutte le carte in regola per vincere! **MANTRA DEL GIORNO** Il tempo è l'ingrediente più prezioso.

L'oroscopo a pag. 25

* Tariffe e costi pubblicitari (non accoppiati separatamente): nella versione di Mestre, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero • Nuova Quotidiana di Puglia € 1,30, la domenica con l'unitario € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero • Corriere dello Sport-Statto € 1,40; nel Molise, il Messaggero • Primo Piano; Mosca € 1,50 nelle edizioni di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuovo Quotidiano di Puglia • Corriere dello Sport-Statto € 1,50.

Statali, partono i rinnovi: aumenti medi da 180 euro Si comincia dalla Sanità

IL CASO

ROMA La stagione dei contratti pubblici sta per ripartire. Il primo tavolo ad essere convocato per il rinnovo degli accordi del periodo 2022-2024 sarà quello della Sanità. Nei giorni scorsi il ministro della Pubblica amministrazione Paolo Zangrillo ha firmato la cosiddetta "direttiva madre", l'atto comune a tutti i comparti della Pubblica amministrazione che indica la "rotta" che Antonio Naddeo, il presidente dell'Aran, l'Agenzia che tratta a nome del governo dovrà seguire nei negoziati con i sindacati. La manovra di Bilancio ha stanziato circa 8 miliardi per i contratti dei dipendenti statali, mentre gli enti locali dovranno trovare le risorse nei loro bilanci. Il totale indicato nella direttiva madre è di 9,95 miliardi. Il prossimo passaggio sarà il riparto delle somme comparto per comparto, anche in modo da stabilire con esattezza quali saranno gli aumenti medi dei dipendenti. La

manovra stabilisce un innalzamento delle retribuzioni del 5,8 per cento che, secondo le prime stime comporterebbe un aumento in busta paga di 180-190 euro medi.

Nella direttiva madre sono contenute alcune novità di rilievo. I nuovi contratti dovranno essere centrati soprattutto sul merito. Viene stabilita che una parte «cospicua» dei fondi stan-

ziati per gli aumenti, dovrà essere destinata al salario di produttività. Il "voto" individuale (ma anche quello collettivo che riguarda il funzionamento di tutto l'ufficio), avrà dunque un ruolo centrale sia nella distribuzione dei premi che nelle progressioni economiche, gli scatti di stipendio che fino ad oggi hanno dato un peso rilevante all'anzianità di servizio.

IL PASSAGGIO

Per compiere questa piccola rivoluzione, sarà necessario rivedere e modernizzare i sistemi di valutazioni. Fare in modo cioè, che non tutti i dipendenti ottengano la valutazione massima. Gli obiettivi da raggiungere diventeranno un altro snodo centrale di questo sistema. Nei giorni scorsi Zangrillo ha inviato una lettera a tutte le amministrazioni pubbliche per sollecitarle a fare in fretta nell'assegnare gli obiettivi ai propri dipendenti. Zangrillo nella missiva ha ricordato che «la realizzazione degli obiettivi, e quindi la corresponsione degli istituti retributivi a questi collegata, debba essere effettiva». Perché ciò si realizzi, tali obiettivi - che devono impegnare i dirigenti a

promuovere una adeguata formazione per se stessi e il personale assegnato - devono essere «chiari, concreti, misurabili e assegnati tempestivamente», «finalizzati all'incremento dell'efficienza e dell'efficacia del lavoro pubblico», nonché «aderenti alla specificità dei destinatari e alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa». «La tempestività nella loro assegnazione - evidenzia ancora Zangrillo - è il presupposto necessario affinché il personale abbia modo e tempo di predisporre gli strumenti organizzativi che ritiene necessari per il loro conseguimento». Emanata lo scorso novembre, la direttiva in materia di misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici ha l'obiettivo di attuare una strategia di piena valorizzazione del merito, nel solco dei modelli adottati nello scenario europeo e Ocse.

A. Bas.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA MANOVRA
HA STANZIATO
8 MILIARDI
PER I CONTRATTI
DEI DIPENDENTI
PUBBLICI**



Infermieri al lavoro in una corsia di ospedale



PROPOSTA DELLA LEGA

«Spostare sulla sanità i 100 milioni che diamo all'Oms»

••• La Lega propone di utilizzare per altri scopi i fondi che attualmente il governo versa all'Oms, l'Organizzazione della sanità. «Garantire l'efficienza del nostro sistema sanitario è una priorità del governo, come dimostra lo stanziamento record per la Salute nell'ultima legge di Bilancio. Tuttavia si può fare ancora meglio usando risorse che, a oggi, non vengono gestite appropriatamente, come a esempio i circa 100 milioni che, tra contributi regionali, nazionali ed europei ogni anno l'Italia versa all'Oms», osserva il Carroccio in una nota. Quindi, «anziché finanziare un ente che non ha certamente aiutato il nostro Paese negli ultimi

anni e che - si legge ancora - chiede più denaro e potere sulla salute degli italiani, perché non usare quella somma per assumere più medici e sostenere l'apertura di ospedali?». Come ha detto l'altro ieri Matteo Salvini, riferendosi all'Oms, «ci dice cosa fare e non fare per stare meglio, poi vai a vedere chi finanzia questi organismi e scopri che sono gli stessi che si avvantaggiano delle decisioni scientifiche» che vengono prese.



Matteo Salvini
Vicepremier
e leader
della Lega
(LaPresse)



Schillaci: “Medici stop ai tetti di spesa Sull’Autonomia vigilerà il ministero’

PAOLO RUSSO

Sull'autonomia differenziata il ministro Schillaci dice la sua: «Le diseguaglianze territoriali in sanità ci sono già, non dipendono

né dalle risorse né dal colore politico di chi governa le Regioni, ma dall'efficienza degli apparati burocratici». FERRIGO - PAGINE 10 E 11



L'INTERVISTA

Orazio Schillaci

“Per tagliare le liste d’attesa via libera alle assunzioni e più soldi agli ospedalieri”

Il ministro della Salute: “L’autonomia? Roma manterrà il coordinamento
La distribuzione delle risorse non cambia ma serve una scossa alle Regioni”

PAOLO RUSSO
ROMA

Sull'autonomia differenziata il ministro Schillaci prima si fa un po' tirare per la giacca - «sono un tecnico, questa è una questione politica», - ma poi dice la sua: «le diseguaglianze territoriali in sanità ci sono già e non dipendono né dalle risorse e nemmeno dal colore politico di chi governa le Regioni, ma dall'efficienza o meno dei loro apparati burocratici». Che il responsabile della Salute si augura riceva una scossa a fare meglio dal-

la riforma. Che comunque a suo dire non avvantaggerà le regioni più ricche, «perché i Lep in sanità ci sono già, sono i livelli essenziali di assistenza finanziati uniformemente su tutto il territorio». Ma nel colloquio a tutto campo assicura anche il suo impegno a cancellare il tetto di spesa che impedisce le assunzioni e a pagare di più i medici ospedalieri in fuga dagli ospedali.

La causa principale delle liste di attesa resta la carenza di personale. Verrà abrogato il tetto di spesa che di fatto blocca le assunzioni?

«Abbiamo dato alle Regioni risorse e strumenti per assumere personale. Alcune lo stanno già facendo. C'è il problema legato al tetto sulle assunzioni e mi sono impegnato a eliminarlo. Mi aspetto che le Regioni si attivino per reclutare il personale che serve dove c'è maggiore carenza. Non dimentico però che ci sono molte realtà in cui, a parità di per-



sonale, non ci sono ritardi nelle prestazioni».

La sanità è già diseguale. L'autonomia differenziata non rischia di peggiorare le cose?

«Credo che il ddl Calderoli possa rappresentare l'occasione per far diventare più efficienti le Regioni che oggi non lo sono abbastanza e raggiungere obiettivi di equità e di omogeneità di servizi e assistenza su tutto il territorio nazionale».

Ma trattenendo parte del gettito fiscale le regioni più ricche non aumenteranno il divario da quelle più povere?

«No perché nella sanità, contrariamente ad altri comparti, i Lep ci sono già e si chiamano Lea, i livelli essenziali di assistenza che vengono finanziati uniformemente su tutto il territorio nazionale e non vedo perché così non debba continuare ad essere. Certo, le differenze nell'offerta di servizi ci sono già, ma non dipendono tanto dalle risorse o dal colore politico di chi governa le Regioni quanto dall'efficienza o meno del loro apparato burocratico, al di là del colore politico di chi governa le Regioni. Che da questa riforma potrebbe ricevere una scossa a fare meglio».

Con l'autonomia differenziata il ministero della Salute non rischia di essere ancor più marginalizzato?

«Il Ministero continuerà ad avere un ruolo di coordinamento, di guida e di controllo».

Incassato lo scudo penale per la colpa lieve ora i medici chiedono che la prossima riforma della legge sulla responsabilità li protegga anche da quelle gravi. Non rischiano di rimetterci i cittadini in cerca di giustizia?

«Ci stiamo occupando concretamente anche della responsabilità sanitaria. La proroga dello scudo penale, contenuta nel

decreto milleproroghe, è un segnale concreto di attenzione. Ma è evidente che occorre fare una riflessione più approfondita sulla colpa medica e ritengo che l'Italia debba allinearsi alla legislazione di Stati che hanno normative e sistemi sanitari affini al nostro, percorrendo quindi la strada che porta alla depenalizzazione dell'atto medico, a esclusione del dolo, ferma restando la possibilità di ottenere i risarcimenti in sede civile. Lavoreremo a una soluzione che bilanci in modo adeguato la tutela del lavoro dei medici e i diritti dei cittadini».

Per superare l'ingolfamento di ospedali e pronto soccorso si punta sulle case di comunità che dovrebbero fare da filtro sul territorio. Ma avete deciso chi e come ci si lavorerà?

«La legge di bilancio 2024 mette a disposizione delle Regioni 250 milioni di euro per il 2025 e 350 milioni dal 2026 proprio per assumere il personale necessario alle case di comunità. È evidente che un ruolo di primo piano dovrà essere svolto dai medici di famiglia e come ho detto più volte mi aspetto la massima sensibilità da parte loro a lavorare nelle nuove strutture in team con gli specialisti ambulatoriali e le ex guardie mediche. Anche perché se non realizziamo compiutamente la riforma dell'assistenza territoriale, facendo funzionare le case e gli ospedali di comunità, continueremo ad avere il pronto soccorso affollati. E non ce lo possiamo più permettere».

Il nuovo Piano pandemico sembra riproporre molte delle misure adottate contro il Covid e sulle quali la maggioranza ha voluto aprire una commissione d'inchiesta. Non le sembra una contraddi-

zione?

«Stiamo parlando di un documento ancora in bozza e in fase istruttoria. C'è una grande discontinuità rispetto al passato. Prima di tutto oggi un documento c'è. L'ultimo piano pandemico risale al 2006 e da allora abbiamo assistito a una serie di copia e incolla. Il vecchio piano riguardava la risposta a una eventuale pandemia da virus influenzali A e B, mentre l'attuale piano riguarda la risposta ad una pandemia da patogeni respiratori potenzialmente ignoti».

Le regioni contestano anche il fatto che non vengano indicate risorse per finanziare il Piano...

«Stiamo procedendo alla quantificazione economica relativa al dettaglio dei costi derivanti dall'implementazione degli interventi previsti nel Piano e all'illustrazione dei criteri di calcolo per la determinazione dell'importo stimato».

Lei si è impegnato a trovare 10 milioni per il fondo temporaneo a favore dei disturbi alimentari, che però erano 25. Non c'è il rischio di far chiudere i centri di assistenza?

«Il governo Draghi aveva finanziato il Fondo nelle more dell'aggiornamento dei Lea che né quel governo né i precedenti hanno fatto. Di più, non avevano approvato neanche il decreto tariffe per l'entrata in vigore dei nuovi Lea del 2017. Il Fondo nasce come finanziamento una tantum che non risolveva strutturalmente un problema che noi consideriamo serio e vogliamo affrontare con soluzioni strutturali. Per il 2023 erano previsti 10 milioni di euro, la stessa cifra

che assicuriamo per il 2024. Non chiedo a me se c'è il rischio che chiudano centri di assistenza, il ministero non chiude alcun centro. I 25 milioni di euro non sono stati tagliati, li abbiamo ripartiti e le Regioni hanno speso appena il 3%. Abbiamo anche raddoppiato le prestazioni per i disturbi alimentari garantite nei Lea. Mi faccia però dire, ancora una volta, che le cifre non devono essere guardate in valore assoluto ma vanno spese fino all'ultimo centesimo quando portano effettivi benefici per i cittadini, altrimenti diventano sprechi».

Lei ha inviato gli ispettori al Careggi di Firenze dove agli adolescenti con disforia di genere viene somministrato il farmaco Triptorelina per bloccare momentaneamente lo sviluppo puberale. Sembra quasi un'azione punitiva.

«Assolutamente no. È solo un controllo per verificare la corretta applicazione della normativa vigente, fermo restando che parliamo di un farmaco autorizzato dall'Aifa all'uso off label, ossia per scopi diversi da quelli per cui è stato autorizzato».

Buoni propositi per questo 2024?

«Aumentare l'indennità di specificità medica e sanitaria ed eliminare i tetti di spesa per assumere personale. Dopo i 2,4 miliardi assicurati per i rinnovi contrattuali, credo siano due interventi utili ad accelerare il processo di reclutamento di nuovo personale per irrobustire il servizio pubblico e ridurre le liste d'attesa. I grandi cambiamenti non si fanno in un giorno, ma abbiamo posto le basi per invertire la rotta». —



La riforma
Orazio Schillaci, ministro della Salute, rivendica il ruolo del suo ministero nella riforma dell'autonomia



GENOVA, LA LEADER PD: ESECUTIVO PESSIMO

“Il governo smantella la sanità pubblica” Schlein invoca più risorse e personale

«Il governo va nella direzione dello smantellamento della sanità pubblica». Così la segretaria Pd Elly Schlein all'inaugurazione del circolo Pd intitolato a Guido Rossa a Genova: «Servono più risorse sulla sanità pubblica, serve sbloccare il tetto delle assunzioni del personale, credere di più nella sanità territoriale e riuscire ad

aiutare le emergenze urgenti». La leader aggiunge: «Questi circoli siano altrettanti semi di un impegno che annaffiamo ogni giorno per un'Italia migliore. Non facciamoci dire che l'alternativa a questo pessimo governo non c'è, l'alternativa c'è e a partire da noi, la co-

struiremo su un programma sui bisogni delle persone, aperto alle altre forze di opposizione, l'Italia merita di più». —



La segretaria Pd Elly Schlein



IL DIBATTITO

Perché con il Mes salviamo la Sanità

PERCHÉ CON IL MES SALVIAMO LA SANITÀ

VERONICA DE ROMANIS

La sanità è stata al centro del botta e risposta tra la segreteria del Partito Democratico Elly Schlein e la premier Giorgia Meloni martedì scorso alla Camera. Schlein accusa il governo di aver tagliato le risorse pubbliche destinate al settore sanitario. Meloni si difende, dati alla mano. — PAGINA 23

VERONICA DE ROMANIS

La sanità è stata al centro del botta e risposta tra la segreteria del Partito Democratico Elly Schlein e la premier Giorgia Meloni martedì scorso alla Camera. Schlein accusa il governo di aver tagliato le risorse pubbliche destinate al settore sanitario. Meloni si difende, dati alla mano. Non è chiaro quale sia il progetto di medio lungo termine sulla sanità del governo. Ma, del resto, non lo è neanche quello dell'opposizione. C'è, tuttavia, un punto fermo su cui entrambe le leader concordano: la sanità ha bisogno di più fondi e di più fondi spesi bene. E, allora, la domanda sorge spontanea: perché questo Paese non ha preso i crediti messi a disposizione dal Meccanismo europeo di Stabilità (Mes) durante la pandemia? Avremmo potuto ottenere circa 37 miliardi (trentasette!) di prestiti. Con un duplice vantaggio. In primo luogo, il funzionamento della sanità in emergenza sarebbe stato pagato attraverso debito europeo che costa meno del debito nazionale. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze stimava un risparmio in termini di minore spesa per interessi di circa 3 miliardi nell'arco di un triennio. Le risorse risparmiate, e qui veniamo al secondo vantaggio, avrebbero potuto essere destinate al finanziamento di investimenti per la sanità del futuro. E, invece, la linea di cre-

dito pandemica del Mes non è stata attivata.

La responsabilità di questa scelta — la linea è scaduta a fine 2022 — è ascrivibile alla maggioranza che sosteneva il Conte 2 e il governo Draghi. Ma anche all'opposizione, quindi Fratelli d'Italia, che si è sempre detta contraria.

Dunque, nessuna forza politica oggi in Parlamento si può dire estranea alla scelta di non utilizzare uno strumento europeo, il Mes, che ci avrebbe messo a disposizione miliardi di euro di crediti a tassi pressoché nulli. Eppure, in contemporanea, le stesse forze politiche chiedevano, felici e soddisfatte, oltre 150 miliardi, sempre di debito europeo, suddivisi in 27 del Sure (Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency) il sostegno per attenuare i rischi di disoccupazione in pandemia, e 122 per il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr).

In buona sostanza, chi oggi denuncia la carenza di risorse nella sanità dovrebbe spiegare ai cittadini come mai quando era alla guida del Paese non si è battuto per spendere i soldi del Mes. Per inciso, non si trattava solo di prestiti estremamente economici. Le risorse erano associate a condizionalità minime (neanche lontanamente paragonabili a quelle del Pnrr) e anche fossimo stati gli unici a beneficiarne, non ci sarebbero state conseguenze dal punto di vista reputazionale. Per intenderci, non ci sarebbe stato nessun effetto "stigma" che tanto preoccupava l'allora premier Conte. Al contrario, i mercati avrebbero accolto (molto) positivamente un Paese indebitato come il nostro che sceglieva di finanziare la sanità ricorrendo allo strumento di debito meno costoso. E, invece, ancora una volta, si è scelto di spendere di più. Non per la sanità, sia chiaro. Bensì per remunerare chi ha comprato il nostro debito. Il risultato è sotto gli occhi di tutti: più spesa per interessi, meno risorse per la sanità. —



Intervista all'ex ministro della Salute

Speranza "L'autonomia uccide la Sanità pubblica Vincono le diseguaglianze"

di Michele Bocci

Roberto Speranza è stato il ministro alla Salute dei governi Conte e Draghi, quando il mondo è stato sconvolto dalla pandemia provocata dal coronavirus. Già segretario di Articolo Uno, oggi è deputato e dal giugno dell'anno scorso è rientrato nel Pd.

Che impatto avrà l'autonomia differenziata sul sistema sanitario nazionale?
«Può essere il colpo di grazia definitivo al servizio sanitario e all'idea di universalità su cui è stato fondato. Nel nostro Paese già oggi ci sono diseguaglianze tra territori. Bisognerebbe ridurre le distanze e invece la riforma della maggioranza le aggrava in modo drammatico. Se il gettito fiscale resta nel territorio, il divario tra Regioni forti e deboli aumenterà e crescerà anche la migrazione sanitaria dei pazienti. E lo stesso problema ci sarà anche per il personale sanitario, che verrà attratto nelle Regioni più solide e lascerà le altre».

I problemi di diseguaglianza tra le Regioni sono molto antichi, voi cosa avete fatto per risolverli quando eravate al governo?

«Io ho lavorato per portare molte più risorse al servizio sanitario nazionale e in modo particolare alle Regioni più deboli. Durante il mio mandato, per la prima volta è stato approvato il Pon salute, dedicato al Sud. Si tratta di un piano per ridurre le diseguaglianze, finanziato dall'Europa con oltre 600 milioni. Fino a quel momento, i Pon in Italia erano stati attivati in altri ambiti, mai nella sanità.

Sono arrivati soldi per screening oncologici, consultori, assistenza alla salute mentale e lotta alla povertà sanitaria nel meridione».

Se l'Autonomia differenziata non va bene, di che riforma avrebbe bisogno il sistema sanitario?

«Intanto va superato il tetto di spesa per il personale, va cambiato il modello di programmazione della spesa sanitaria e bisogna continuare la riforma del territorio che ho avviato. Il modello regionale della sanità in Italia è già piuttosto spinto, forzarlo ulteriormente fa uscire dall'ambito dell'autonomia e porta a un passo della secessione, parola che, del resto, usava limpidamente la Lega di Bossi negli anni Novanta. L'autonomia può anche essere virtuosa, qui invece si va alla rottura dell'unità nazionale».

La bozza del nuovo piano pandemico presentata dal ministero alla Salute contiene tutte le misure adottate ai tempi del Covid. Che ne pensa?

«Non mi sorprende, è naturale che sia così. I piani pandemici li scrivono gli scienziati non i politici o i partiti. Le evidenze sono rimaste le stesse in questi anni. Che i vaccini servano non lo dico io, ma la comunità scientifica internazionale. Che le mascherine siano utili in certe situazioni, così come le misure di distanziamento, lo dice sempre quella comunità. Sorprende che qualcuno si sorprenda di questo».

Il ministro alla Salute Orazio Schillaci, comunque, in

Parlamento ha annunciato modifiche al piano.

«Lui è un uomo di scienza, sono convinto che non si farà spaventare da qualche pulsione No Vax e antiscientifica che vive in alcuni pezzi della sua maggioranza».

Lei ha pubblicato adesso il suo libro sulla sanità "Perché guariremo", che il martedì prossimo presenterà alla Camera con Schlein e Conte. Perché durante la pandemia lo fece ritirare?

«Lo avevo scritto nell'estate 2020 tra la prima e la seconda ondata. Poi in autunno con la ripresa dei casi non c'era lo spazio per quel dibattito sull'importanza della sanità pubblica che era e resta l'obiettivo del libro. Durante la pandemia avevamo detto "mai più": mai più tagli, disinvestimenti, sanità cenerentola. E invece a quattro anni dai giorni più duri sembra che la lezione venga cancellata. Quando sono stato ministro ho portato il rapporto tra spesa sanitaria e Pil sopra il 7%, addirittura al 7,4. Ora siamo al 6,5% circa e rischiamo di andare dall'anno prossimo sotto i dati degli anni precedenti al Covid. Quando mi hanno nominato, nel 2019, la spesa sanitaria pro capite era di 2.629 dollari a persona e nel 2022 è salita a 3.255 dollari. In tre anni non era mai avvenuto un salto del genere.



Non è successo perché ero più bravo degli altri, ma perché la storia ci era entrata in casa e aveva cambiato le gerarchie. Ma passata l'emergenza si è drammaticamente chiusa la stagione investimenti e siamo tornati a tagli e disinvestimenti. Questo è inaccettabile».

Il dibattito sul tema del fine vita sta agitando anche il Pd. Come ne uscirete?

«Bisogna ripartire dal testo approvato alla Camera. È di buon senso e fa tesoro della sentenza della Corte Costituzionale. Il vuoto legislativo è grave e va colmato. Mi impegnerò su questo terreno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ex ministro ora deputato Pd
Roberto Speranza, 45 anni

— “ —
*Aumenteranno
il divario tra Regioni
forti e deboli
e la migrazione
dei pazienti. I vaccini
servono, Schillaci non
si faccia spaventare*
— ” —



Il commento

Sanità e autonomia: i cittadini restino al centro

di ALBERTO MINGARDI

La spesa pubblica dovrebbe servire a offrire dei servizi ai cittadini. Che poi, per farlo, debbano essere impiegate delle persone, ovvero pagati degli stipendi, è una conseguenza, non un obiettivo. Non tutti la pensano così. Sul ddl autonomia, per esempio, si è sviluppata una discussione che dovrebbe suscitare qualche perplessità. Dal punto di vista della spesa, non è detto che l'autonomia aiuti a tenerla in carreggiata: la definizione dei «livelli essenziali di protezione» (Lep) può in prospettiva aumentare i trasferimenti a vantaggio delle regioni del Sud, visto che i Lep saranno tarati sull'offerta di servizi delle regioni più ricche.

I critici dell'autonomia puntano i fari sulla sanità e sostengono tre cose: negli atti d'iniziativa che le diverse regioni dovranno stipulare con lo Stato centrale per rivendicare nuovi poteri e competenze, quelle del Nord potrebbero chiedere di trattenere una parte maggiore delle imposte che vi sono versate. Si ridurrebbe il «residuo fiscale»: la differenza fra imposte versate e spesa pubblica erogata. Il Nord ha un residuo fiscale negativo, il Sud positivo. In secondo luogo, che queste risorse aggiuntive verrebbero canalizzate nella sanità, che è il grosso del bilancio delle regioni. In più, i poteri «autonomici» consentirebbero più margini di manovra su contratti e assunzioni, drenando

i medici migliori.

In terza battuta, una sanità del Centro-Nord più attrattiva e con più risorse a disposizione farebbe aumentare le migrazioni sanitarie, cioè il numero di pazienti che lascia la regione in cui vive per curarsi in un'altra. Questo fenomeno non è determinato soltanto dalla qualità del servizio ma anche da altri fattori: chi ha una patologia grave preferisce avere il conforto dei famigliari. Ma, certo, anche la percezione di essere nelle mani di medici capaci conta: soprattutto quando si tratta di patologie gravi. Quando un malato si sposta, il finanziamento delle prestazioni erogate lo segue.

Negli ultimi anni, si è cercato di limitare il fenomeno delle migrazioni, definendo le tipologie di prestazioni per cui era possibile farsi curare fuori regione. La libertà di scelta del luogo di cura dovrebbe essere però un principio sul quale siamo tutti d'accordo. Allo stesso modo, tutti dovremmo sperare che un paziente venga curato là dove c'è maggiore speranza che il trattamento abbia esito positivo. Se riteniamo che la salute sia un diritto, e quindi che le cure debbano essere finanziate coattivamente dallo Stato, dovremmo anche convenire che ciascuno deve poter far valere quel diritto come ritiene.

Chi attacca l'autonomia teme il sottofinanziamento delle strutture ospedaliere al Sud e pensa che il valore della spesa pubblica stia nel mantenimento dell'of-

ferta, non nella qualità del servizio erogato, nei risultati raggiunti, nella soddisfazione del paziente. Quest'ultimo diventa sostanzialmente irrilevante: conta il totem dell'Ssn, non la concretezza delle prestazioni erogate e del percorso dei pazienti. Le regioni del Nord, soprattutto la Lombardia, a torto o a ragione sono identificate con la componente non statale del sistema. Il privato vorrebbe guadagnare sui pazienti che vengono da altre regioni. L'organizzazione dell'Ssn è diversa nelle diverse regioni. Questo principio di buon senso risale alla legge Amato del '94, prima ancora della riforma del Titolo quinto. Questa differenza non è un disvalore ma è una ricchezza. Dal fatto che abbiamo sistemi diversi per gestire lo stesso problema, possiamo imparare. L'offerta privata può essere ad alta o a bassa complessità.

In Lombardia il privato non è solo cliniche ma anche ospedali che seguono qualsiasi patologia. Bisogna aver coraggio per sostenere che gli esiti sanitari siano peggiori che altrove. Con che faccia si dice ai cittadini meridionali che non devono approfittare di quel servizio, perché devono restare a casa loro e tutelare il finanziamento dei loro ospedali? E se non ci si può spostare al suo interno, in che senso il sistema resta nazionale?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Chi attacca
la riforma
teme che ne
risentano le
strutture al Sud
e pensa che la
spesa pubblica
non serva
per mantenere
la qualità dei
servizi erogati**



26 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Quelle iniquità tributarie che ci allontanano sempre più dal principio di eguaglianza e l'ipotesi di un'addizionale per sostenere la sanità pubblica

di Roberto Caselli

Nel discorso di fine anno il Presidente Mattarella ha espresso grande preoccupazione per le «emergenze che cittadini e famiglie devono affrontare giorno per giorno». Fra queste ha ricordato le «difficoltà che si incontrano nel diritto alle cure sanitarie per tutti. Con liste d'attesa per visite ed esami in tempi inaccettabilmente lunghi».

L'avverbio "inaccettabilmente", usato dal Presidente, piuttosto desueto nel linguaggio corrente, costituisce un'accusa precisa nei confronti dei responsabili della crisi della sanità pubblica, progressivamente cresciuta negli ultimi anni per mancanza di risorse sufficienti per fronteggiare la domanda. Il Presidente ha poi ricordato che, «quando la nostra Costituzione parla di diritti, usa il verbo "riconoscere", che significa che i diritti umani, come quello alla salute, «sono nati prima dello Stato».

Nel servizio pubblicato il 14 dicembre scorso "[I 45 anni amari del Ssn fra articolo 32 disatteso e iniquità fiscale](#)" avevamo ricordato che i nostri Padri costituenti avevano indicato con molta chiarezza sia i diritti che i doveri dei cittadini e che spiccavano per importanza, fra i primi il diritto alla salute e fra i secondi l'obbligo di contribuire alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva nell'ambito di un sistema tributario informato a criteri di progressività.

A proposito di questo richiamo alla nostra Costituzione, è doveroso precisare che accanto ai "Padri costituenti" erano presenti nell'Assemblea costituente, eletta per la prima volta nella storia del nostro Paese con il suffragio universale, anche le nostre "Madri costituenti"... È vero che eravamo ancora lontani dalla parità di genere, ma è bene ricordare che le 21 deputate presenti (contro 535 deputati, poco meno del 4%), dettero un contributo sostanziale al dibattito in aula e alla stesura di alcuni articoli fondamentali.

Il "diritto alla salute", sancito dall'art. 32 della Costituzione (promulgata il 27 dicembre 1947 ed entrata in vigore il 1 gennaio 1948) costituisce parte integrante dei diritti umani fondamentali internazionalmente riconosciuti: era stato menzionato per la prima volta nel 1946 nella Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), il cui Preambolo definisce il concetto di salute come "uno stato complessivo di benessere fisico, mentale e sociale, e non la mera assenza di malattie o infermità" e inoltre afferma che "il godimento delle migliori condizioni di salute fisica e mentale è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, opinione politica, condizione economica o sociale".



Il riconoscimento di questo diritto da parte della nostra Carta costituzionale era arrivato quindi l'anno successivo a quello dell'Oms e precedeva quello contenuto nella Dichiarazione universale dei diritti umani, approvata un anno dopo (il 10 dicembre 1948) dall'Assemblea generale delle nazioni unite. L'art. 25 recita : "Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà".

Sul versante dei doveri di ogni cittadino, nel servizio del 14 dicembre sopra citato, avevamo sottolineato come ci siamo sempre più allontanati dal principio di cui all'art. 53 della Costituzione, che mette l'accento sulla capacità contributiva dei cittadini e sul criterio della progressività a cui dovrebbe essere informato il sistema tributario, e che questa situazione è destinata ad aggravarsi con l'entrata in vigore della riforma fiscale, le cui linee sono ormai tracciate dalla Legge delega approvata nell'agosto 2023.

In particolare avevamo richiamato l'attenzione sull'assurda tassazione delle Aziende del Ssn, con imposte dirette che, da una parte erodono oltre 3 miliardi di euro alle risorse destinate alla sanità pubblica, dall'altra costituiscono una grave discriminazione a danno della stessa ed a favore del settore privato, che ne è quasi indenne.

Purtroppo le discriminazioni a favore del settore privato, nel quale non manca certo la "capacità contributiva" e che cresce sempre più a scapito di quello pubblico appaiono, per dirla con l'espressione usata dal Presidente Mattarella, "inaccettabilmente" numerose.

La gramigna della flat tax. In quest'occasione vogliamo invece mettere in luce un'altra anomalia, che ci allontana dal dettato costituzionale, sul versante dei doveri, provocata dal ricorso fatto dal Legislatore nell'ultimo ventennio, a numerose forme di flat tax, cioè di tasse "piatte" con aliquote fisse, indipendenti dal reddito complessivo, della quale beneficiano alcune categorie di contribuenti e che costituiscono una delle ragioni per cui le risorse destinate alla sanità pubblica non sono sufficienti.

Ricordiamo che il criterio della progressività è seguito solo per l'Irpef (con un'aliquota massima del 43% per i redditi oltre 50.000 euro, contro quella del 72% prevista inizialmente dalla riforma fiscale del 1973 per i redditi oltre 500 milioni di lire), per cui riguarda solo i redditi di lavoro dipendente, quelli da pensione e una parte dei redditi da locazione di fabbricati (quelli cioè derivanti da locazione di immobili ad uso commerciale od a uso abitativo nel caso che i proprietari abbiano rinunciato alla "cedolare secca"), e dal reddito delle imprese individuali.

Per tutti gli altri redditi sono in vigore aliquote "piatte", sostitutive dell'Irpef e delle relative addizionali comunali e regionali (nonché delle imposte di registro e di bollo per le locazioni ad uso abitativo), che variano dal 10% al 26%.

In concreto, facendo un quadro semplificato, si parte dall'aliquota del 10% sui redditi da locazione immobili ad uso abitativo, con canone concordato, stipulati attraverso accordi specifici fra organizzazioni di proprietari ed inquilini, in comuni con carenze di disponibilità abitative e si arriva all'aliquota del 26% per i redditi da partecipazioni societarie, e investimenti finanziari (Fondi, azioni, obbligazioni); con le due ultime manovre di bilancio è prevista anche la possibilità di affrancare (cioè sterilizzare) le plusvalenze maturate alla fine dell'anno, senza alcun limite di importo, con un'imposta ulteriormente ridotta al 16%; questa possibilità è prevista anche per le plusvalenze maturate su terreni fabbricativi.

Altre aliquote per l'imposta "piatta" che interessano una platea importante di contribuenti, sono quella del 12,5% sulle rendite da titoli di stato ed equiparati e quella del 15% sui redditi da lavoro autonomo (fino al limite di 85.000 euro di incassi).

Trattandosi di imposte sostitutive dell'Irpef e delle relative addizionali, i percipienti non possono dedurre alcuna spesa né usufruire di detrazioni di imposta in misura fissa; se usufruiscono contemporaneamente di reddito da lavoro dipendente o da pensioni, eventuali deduzioni e detrazioni potranno essere usufruite nei limiti di queste ultime tipologie di reddito.

Ricordiamo che i redditi assoggettati a Irpef sono tassati da un minimo del 23% fino a 28.000 euro a un massimo del 43% oltre 50.000 euro, oltre le addizionali comunali, che variano da zero a 0,80% (salvo deroghe) e quelle regionali che variano da un minimo dell' 1,23% ad un massimo del 3,33%; in presenza di gravi disavanzi nel settore sanitario, l'aliquota può essere maggiorata dalle Regioni fino allo 0,30%.

Salta subito agli occhi la discriminazione di trattamento fra chi vive di un lavoro dipendente o della pensione maturata in tanti anni di lavoro e chi vive di lavoro autonomo, ma soprattutto con chi vive della rendita finanziaria o di quella immobiliare; non c'è dubbio che la situazione sia in palese contrasto con due fondamentali principi costituzionali, sia quello dell'uguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge (art. 3), che quello già citato dell'art. 53.

In sostanza, non solo la Repubblica, anziché rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che limitano di fatto l'eguaglianza dei cittadini (art. 3, secondo capoverso), ne ha disseminati di nuovi che la rendono più lontana.

Gli autonomi in concordato preventivo e l'ipotesi di un una tantum pro sanità pubblica. La discriminazione non finisce qui: i lavoratori autonomi e le piccole imprese con attività di minori dimensioni potranno usufruire, in determinate condizioni, con un decreto attuativo della riforma fiscale in fase di approvazione, anche di un concordato preventivo biennale, che non prevede accertamenti di sorta, che può legittimare situazioni incompatibili con lo stesso art. 53.

Inoltre, se un Comune o una Regione, nell'ambito delle possibilità previste dalla Legge, decidono di coprire costi straordinari, come ad esempio avviene nelle Regioni che hanno rilevato un disavanzo nella gestione della sanità pubblica, e che deliberano una maggiorazione delle addizionali Irpef, queste vanno a colpire i redditi da lavoro dipendente, da pensione e gli altri pochi redditi che non usufruiscono di tasse piatte, cioè di contribuenti che costituiscono la fascia della popolazione meno abbiente. Siamo sicuri che questi Comuni o queste Regioni non avrebbero altre strade per recuperare maggiori introiti, evitando di colpire sempre le stesse categorie di cittadini, fra i quali sicuramente quelli delle fasce più deboli?

Non potrebbe essere deliberata, ad esempio, un'imposta straordinaria di tipo patrimoniale, sganciata cioè dal livello del reddito e basata sulla proprietà di beni immobili e mobili, anche per importi modesti, che potrebbe meglio corrispondere ai criteri costituzionali della capacità contributiva e della progressività?

Chi scrive ricorda bene che una cinquantina di anni fa, all'epoca della primi crisi petrolifera e del conseguente periodo di "austerità" (durante il quale nei giorni festivi l'uso delle auto era vietato) venne introdotta un'imposta straordinaria "una tantum" sugli autoveicoli, commisurata alla potenza fiscale. Non si potrebbe ripetere il provvedimento, per raccogliere risorse destinate in modo specifico alla sanità pubblica, con un'esenzione per le auto utilitarie, magari con un' addizionale alla tassa di circolazione? Basta guardare la composizione e la numerosità del parco auto in circolazione nelle nostre strade per capire quale potrebbe essere l'entità del gettito... Altro esempio, a livello nazionale, potrebbe essere quello di ripristinare l'Imu sugli immobili destinati a prima abitazione, magari con una franchigia che esoneri quelli di tipo popolare, come già avveniva fino al 2007, quando era in vigore l'Ici, antenata dell'Imu.

Inoltre, visto che l'introduzione della "cedolare secca" sulle locazioni, avvenuto nel 2011 (IV Governo Berlusconi) ha prodotto in minima parte l'emersione dal "nero" e non ha consentito neanche il calo del gettito delle locazioni già regolarmente denunciate, perché non tornare al passato? Perché il lavoro, sul quale è fondata la nostra Repubblica, deve essere tassato molto meno della rendita immobiliare e di quella finanziaria? E ancora, come provvedimento minimo, un'addizionale, anche temporanea, sulle imposte sostitutive non sarebbe un giusto coinvolgimento di tutti i contribuenti in un sacrificio temporaneo a favore della sanità pubblica?

Queste possibili iniziative non sembrano in contrasto con i principi delineati dalla riforma tributaria in fase di attuazione, e costituirebbero sicuramente un riavvicinamento ai principi costituzionali.

Dalla carta d'identità alla tessera sanitaria il portafoglio è digitale

► In arrivo sull'app Io l'It wallet ► Il via libera è atteso per mercoledì gratuito per tutti i maggiorenni con l'ok al nuovo decreto sul Pnrr

IL CASO

ROMA Carta d'identità, tessera sanitaria e carta della disabilità in digitale, direttamente sull'app Io. Risparmiando carta e plastica dei documenti, evitando smarrimenti e furti, tagliando i tempi della burocrazia e rendendo più facili servizi e riconoscimenti. Dall'acquisto di un farmaco al noleggio dell'auto, fino ai controlli di polizia, tutto in pochi click. Come anticipato da *Il Messaggero* lo scorso 4 ottobre arriva It wallet, il primo portafoglio digitale libero e gratuito per tutti i maggiorenni. Il via libera ufficiale dovrebbe arrivare dopodomani, con l'ok del Consiglio dei ministri al nuovo decreto Pnrr, per accelerare i progetti del piano da poco rimodulato e di cui fa parte anche il wallet.

Il Dipartimento per la trasformazione digitale, oggi guidato dal sottosegretario alla presidenza del Consiglio Alessio Butti, ci lavora da oltre un anno e mezzo, attingendo ai circa 1,7 miliardi di fondi del Piano destinati alla digitalizzazione dei dati personali e della Pubblica amministrazione. Con l'obiettivo di facilitare la vita delle persone e rendere più efficiente il dialogo tra Pa e cittadini. E ora, dopo alcuni mesi di ritardo (si doveva partire a fine 2023), si è finalmente pronti a quella che viene rilanciata dall'esecutivo come una rivoluzione tech.

LE TRE FASI

Si inizierà con una sperimentazione tecnica di qualche mese, proprio a partire da tessera sanitaria e carta della disabilità, coinvolgendo qualche centinaio di persone. Stando agli attuali obiettivi prefissati la piattaforma dovrebbe essere pronta entro il 30 giugno, ma il traguardo potrebbe slittare a settembre. A quel punto i cittadini potranno caricare sull'app Io questi due documenti, certificati con la firma elettronica. La carta d'identità, fa sapere il Dipartimento, dovrebbe arrivare in formato digitale assieme alle due tessere o subito dopo, al massimo entro il prossimo ottobre.

In una terza fase, tra l'autunno di quest'anno e i primi mesi del prossimo, si aprirà poi l'app Io alla patente di guida, il passaporto, la tessera elettorale e man mano a tutti gli altri documenti (come titoli di studio e licenze professionali, oltre che documenti giuridici che provano l'attivazione di regimi di tutela, rappresentanza o delega).

Ci sarà poi spazio anche per perizie e titoli o attestati tecnici, grazie a una serie di altri portafogli digitali (questi, però, a pagamento) dedicati ai professionisti (come avvocati, ingegneri, commercialisti e architetti), alle banche e alle aziende di telecomunicazione, con una partnership tra Stato e imprese. Oltre ai provider pubblici, quindi, ci saranno anche quelli privati.

Più nel dettaglio, si potranno avere in formato digitale: attestazioni elettroniche per partecipare a bandi pubblici, titoli professionali per dimostrare l'appartenenza agli albi, i curricula come attestazione elettronica nel rapporto con la Pa e per la selezione del personale, ma anche pareri, asseverazioni e altri documenti per specialisti.

COLLABORARE CON LE AZIENDE

Le aziende private, accreditandosi su un'apposita infrastruttura web che sarà predisposta, potranno proporre altre soluzioni di portafoglio digitale oltre a It wallet. Grazie a tutta la documentazione di progetto disponibile online, i soggetti privati, dopo un apposito percorso di qualifica e certificazione, potranno quindi sviluppare e-wallet per utenze specialistiche o generali, a seconda delle opportunità individuate, in piena autonomia, sul mercato.

It wallet arriverà in anticipo rispetto agli obiettivi europei



(che prevedono l'introduzione dei wallet in tutta l'Ue entro il 2026) e prima della riforma di Bruxelles sull'identità digitale in tutto il Vecchio Continente (che, dopo il via libera ufficiale, entrerà in vigore almeno nel 2025). La platea dei potenziali interessati comprende, come detto, ogni cittadino maggiorenne (44,5 milioni di persone), ma visto che si passa dall'app Io servirà avere o la Carta d'identità elettronica (Cie) o lo Spid. Al momento sono state erogate in Italia circa 36 milioni di identità digitali e 37,7 milioni di Cie, ma molti sono ancora indietro sul

fronte delle competenze, soprattutto i più anziani, e per questo sarà necessario accelerare sull'alfabetizzazione digitale.

Quanto a possibili malfunzionamenti o intrusioni hacker, il Dipartimento per l'innovazione assicura che l'It wallet sarà sicuro, grazie a due livelli di validazione dei documenti per riconoscere chi sta dall'altra parte del portafoglio digitale. I dati dovrebbero essere scambiati senza intermediari, garantendo ai cittadini il controllo su quali informazioni condividere.

Giacomo Andreoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**TRA LA FINE DEL 2024
E IL PROSSIMO ANNO
SONO POI ATTESI
NUOVI E-WALLET
PUBBLICO-PRIVATI
PER I PROFESSIONISTI**

Il portafoglio digitale

I DOCUMENTI

1

UN PORTAFOGLIO DIGITALE PER I CITTADINI

Si potranno avere in formato digitale con firma autenticata i principali documenti come: carta d'identità, passaporto, patente, ricetta medica con identificazione diretta

2

PIÙ PORTAFOGLI DIGITALI PER I PROFESSIONISTI

(architetti, commercialisti, ingegneri, ecc.) con servizi a pagamento. Si potrà usufruire, ad esempio, di questi servizi:

- Candidatura a bandi pubblici per selezione di professionisti
- Fornitura attestazioni elettroniche necessarie a partecipare ai bandi
- Fornitura titoli professionali per attestazione appartenenza ad albi (tribunali e/o uffici giudiziari, ecc.)
- Fornitura CV come attestazione elettronica nel rapporto con le PA, per selezione HR
- Relazione tecnica professionale (perizia, parere, ecc.), firmata con firma digitale (sempre interna a IT Wallet)

I PRIMI 3 CHE PARTIRANNO NEI PROSSIMI MESI

saranno caricabili in formato digitale sull'app Io

carta di
identità

tessera
sanitaria

tessera
europea
della
disabilità



Withub



26 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

Legge anziani, le sfide in campo e il dovere di "provarci"

di Giuseppe Maria Milanese *

Il 25 gennaio il Governo alla guida del Paese ha approvato il decreto legislativo che attua la sospirata Legge di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. È un fatto e non è da poco. I decisori pubblici hanno approntato un piano normativo cruciale che prevede importanti risorse per i prossimi due anni e disegna un quadro della salute fin qui inedito. Non è (soltanto) una questione di soldi, comunque finalmente allocati nel capitolo della vecchiaia. È (soprattutto) una questione di approccio etico-culturale, un cambio di paradigma che intende restituire dignità ai nostri vecchi. Dignità nelle cure, nell'assistenza sociale e sanitaria, nelle attività vitali e negli stessi bioritmi propri di quell'età. Con questo scatto, tra gli altri aspetti salienti, si prevedono adeguati standard di cura nell'ambito della domiciliarità e della residenzialità, settori intesi come step funzionalmente coordinati nell'ambizioso progetto del continuum assistenziale.

Per muovere questo primo grande passo in direzione di una evoluzione culturale che finalmente appaia l'Italia ai Paesi occidentali, Confcooperative Sanità ha nell'ultimo decennio fatto la sua parte: che non rivendico in quanto merito, ma come diritto e dovere manifestamente assegnati dalla Carta Costituzionale al Terzo Settore. Questo lavoro ha portato il frutto che avevamo atteso come Godot e provato a meritare attraverso una lunga impresa sussidiaria, talvolta in soccorso del Sistema sanitario nazionale, più spesso creativa: un riconoscimento di ruolo, una titolarità che il professor Aldo Bonomi, proprio sulle pagine del Sole 24 ore, ha ben saputo illustrare come potenziale «istituzione di una comunità di cura larga» ("Sul Terzo Settore va costruito il futuro del Mezzogiorno", 16 gennaio 2024).

Il bicchiere mezzo pieno. Certo, il bicchiere è ancora pieno a metà ma, per vocazione, i operatori sanno vederlo mezzo pieno e non mezzo vuoto. Riconosciamo al Governo e particolarmente al Vice Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Maria Teresa Bellucci di aver dimostrato acuta sensibilità sul tema prioritario della qualità della salute durante la vecchiaia e altrettanta capacità di affrontare il problema sul piano normativo e finanziario. Ma noi gridiamo da troppo tempo nel deserto del dibattito pubblico che andava raccolta la sollecitazione che l'Oms aveva lanciato già nel 1978 e cioè che occorre costruire dei sistemi di governance e pratica di assistenza primaria, con pari efficacia e dignità rispetto alle reti ospedaliere, in modo da veicolare le acuzie verso i nosocomi e da affrontare le cronicità quando possibile a casa, quando non più possibile nelle residenze sanitarie o nei centri diurni. Oggi siamo davanti, per così dire, a una fase di startup di un nuovo modello di sistema.

Il bicchiere mezzo vuoto. Il bicchiere è mezzo vuoto nella misura in cui alcune falle gravano pesantemente sulla prospettiva di un sistema che funzioni a dovere e penso



soprattutto alla disomogeneità tra le Regioni, che rischia di essere acuita dallo spinto processo di autonomia differenziata e di alimentare le sperequazioni: 20 regioni che legiferano in maniera diversa producono sistemi di salute discriminanti, più spesso in base al censo. Penso alla carenza di personale sanitario, vertenza per la cui risoluzione abbiamo proposto la figura appositamente normata di un operatore sociosanitario con formazione complementare (Oss-Fc) che supporti gli infermieri, i fisioterapisti e i medici. Penso anche alla telemedicina o tecnoassistenza che, da un lato, evidenzia il problema del divario digitale italiano, dall'altro rischia il travisamento da certamente prezioso strumento – qual è a tutti gli effetti – a improbabile panacea autosufficiente. **Montale docet.** Noi, qui e ora, però prendiamo il buono che c'è in questa svolta, consapevoli della necessità di lavorare pancia a terra per offrire, anche nella fase di emanazione dei numerosi decreti ministeriali che dovranno essere adottati, il bagaglio di competenze acquisite nelle trincee del lavoro delle nostre cooperative e perché no, il punto di vista dei nostri assistiti, la loro umanità dolente. «È una meta lontana», per dirla con Montale, «ma provarcisi un debito».

** Presidente di Confcooperative Sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DECRETO SULL'AZZARDO
Allarme per il nuovo Osservatorio al Mef
Fiasco e Mira a pagina 9

Azzardo online, il governo va di fretta (ma le Regioni frenano sulla salute)

MAURIZIO FIASCO

Con procedura "d'urgenza", il governo punta alla ratifica del decreto legislativo sull'azzardo online. Ma nella Conferenza delle Regioni proprio ieri si sono sollevate forti obiezioni, a cominciare dall'eventuale soppressione dell'Osservatorio. L'organismo consultivo del ministro della Salute è in funzione dal 2016, per valutare le conseguenze sociosanitarie e supportare le politiche contro le dipendenze da azzardo. Le Regioni vi sono presenti con ben dieci rappresentanti su 25.

Sono invece escluse le parti portatrici di interessi commerciali, in coerenza con altri organismi consultivi (a esempio sul tabagismo, sui disturbi alcol-correlati) perché in evidente conflitto d'interesse. Lunedì prossimo l'Osservatorio si insedierà, dopo 13 mesi di mancata convocazione. Sarà il canto del cigno, o l'avvio di un nuovo mandato?

Il dilemma è fondato, poiché il decreto legislativo contiene un dispositivo che ne comporterà la sostituzione con una "Consulta permanente dei giochi pubblici ammessi in Italia, con lo scopo di monitorare l'andamento delle attività di gioco, incluse quelle illecite non autorizzate, e i loro effetti sulla salute dei giocatori nonché il proporre al governo misure e interventi idonei allo scopo di contrastare lo sviluppo della ludopatia". E qui, usciti dalla porta della correttezza istituzionale, rientrerebbero dalla finestra della

manipolazione normativa i rappresentanti "dei concessionari, nonché delle associazioni nazionali di categoria".

Di conseguenza, la "Tutela della salute del giocatore" - compito del Servizio Sanitario Nazionale, che dispone proprio dell'Osservatorio presso il suo ministero - viene avocata dal Mef, con tutta la competenza e la sensibilità che si può immaginare. Il diavolo si nasconde, anche questa volta, nei dettagli: il decreto impiega la parola "ludopatia", lemma che è espressamente inibito negli atti della Pubblica amministrazione. Una norma del 2018 prescrive infatti che "i disturbi correlati a giochi o scommesse con vincite di denaro" siano definiti "disturbi da gioco d'azzardo (Dga)" anche "nelle comunicazioni comunque effettuate su qualunque mezzo". Questione terminologica, solamente? Tutt'altro. In ballo c'è il richiamo al valore della salute.

Vi è intanto da notare, amaramente, che ben pochi sono stati i commenti, in parlamento e nell'opinione pubblica qualificata, al dato del volume raggiunto dall'azzardo nel nostro paese lo scorso anno. Centocinquanta miliardi di euro puntati, oltre 22 dei quali lasciati dai giocatori perdenti alle casse dei privati e dell'erario. A questa evidenza invisibile, o eccesso di evidenza, hanno reagito solo alcune testate del settore del gambling: o per vantare il successo di fatturato, o

per rivendicare legalità e bontà di questa pratica di massa. L'inchiesta di *Avvenire* e le denunce del Terzo settore sembrano, per ora, non scuotere né il parlamento né tanto meno il governo.

E così, se non vi saranno commenti e valutazioni approfonditi, il decreto delegato verrà portato alla firma del presidente della Repubblica, senza che nessuno, né nella maggioranza né nell'opposizione, finora abbia richiesto chiarimenti. Gli onorevoli, l'avranno almeno letto per le implicazioni qual nuova legge dello Stato? Una decina di anni fa esisteva un "intergruppo" a fronteggiare l'ascesa dei giochi d'azzardo. Vi aderivano 130 tra deputati e senatori di tutti i partiti. Oggi sono sufficienti le dita di mezza mano per contare qualche timido epigono. Il decreto transiterà dunque nelle commissioni di merito.

Dal canto suo, l'Associazione scientifica Alea, muove una prima obiezione già al titolo del decreto: "Riordino normativo del settore dei giochi a partire da quello a distanza". E poi ancora ad espressioni come "giochi pubblici ammessi



in Italia? Cosa s'intende? Accettati dal costume, tollerati dalle autorità, assunti per una richiesta dei soggetti del business? La scelta terminologica, ambigua e reticente, omette l'elemento caratterizzante, cioè lo scopo di lucro. Nel linguaggio naturale, coincidente con quello della Cassazione, è il "gioco d'azzardo".

Nell'articolato ricorrono anche espressioni come "gioco sicuro" (chi conferisce la qualità di "sicuro"?) e "gioco responsabile" (e si evita di specificare "d'azzardo"). Codificando in tal modo i "principi ordinamentali", si rigettano le evidenze dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2018: che l'80 per cento circa dei ricavi erariali e dei margini di profitto privati provengono dai 5,1 mi-

lioni di consumatori abitudinari, all'interno dei quali ci sono oltre un milione e mezzo di giocatori patologici.

E poi torna la pubblicità! È "funzionale alla diffusione del gioco sicuro e responsabile, comunque coerente con l'esigenza di tutela dei soggetti più vulnerabili". Insomma, non induce all'azzardo, ma protegge il cittadino. Su tali premesse valoriali si afferma la funzione "costituente" del decreto legislativo: "criterio interpretativo delle norme in materia di gioco pubblico stabilite dall'ordinamento nazionale". E ciò rassicura i concessionari di giochi d'azzardo in Italia, tanto per i diritti quanto per gli obblighi. Avranno uno scudo davanti al sopraggiungere di pericoli sociosanitari e di

ordine pubblico, che modifichino la "stabilità delle regole della concessione".

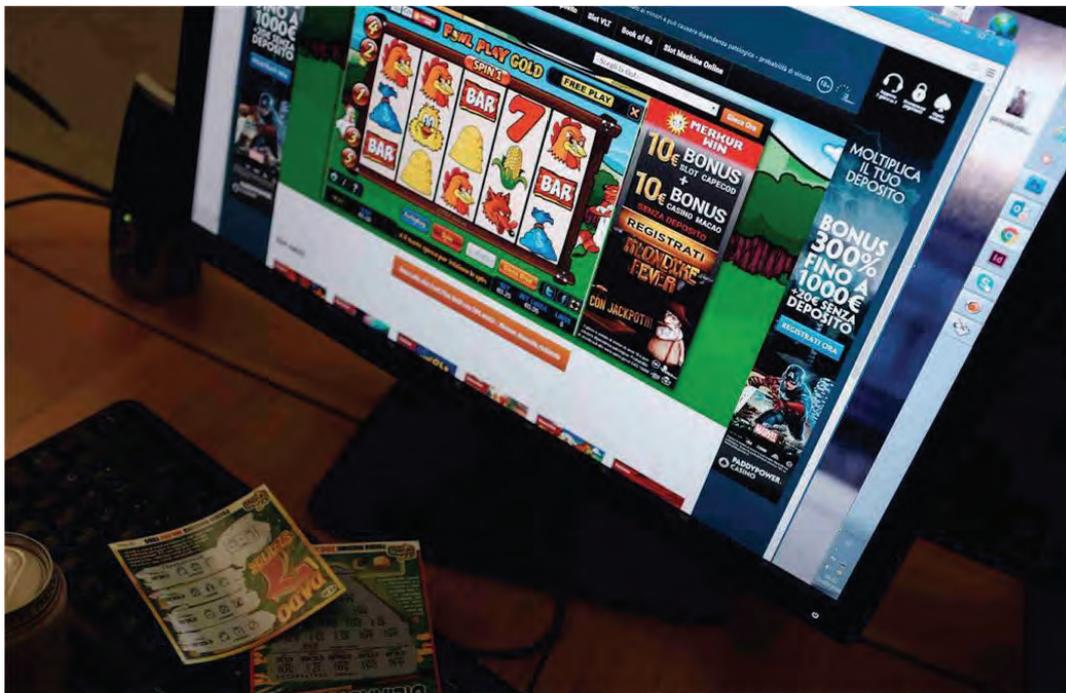
Se non modificate, le nuove regole ridimensioneranno il ruolo di Regioni e Comuni, nell'adottare leggi e delibere di tutela dei cittadini. Eppure, gli enti territoriali sono penalizzati anche dal gioco d'azzardo "a distanza". La "distanza" digitale non annulla la "prossimità" fisica. Insomma, con il decreto legislativo il ministero di riferimento sarà il Mef, riducendo il problema all'aspetto fiscale. Si cancella così la responsabilità primaria del dicastero della Salute, che deve attuare l'art. 32 della Costituzione. Si ritorna, in pratica, a una situazione simile a quella di dieci anni fa, quando un precedente osser-

vatorio era presieduto e insediato dal Monopoli. Toccò poi a un provvedimento dell'allora ministro della Salute, Renato Balduzzi, seguito nel 2017 dal decreto dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, affermare la competenza primaria del Servizio Sanitario Nazionale, che con le Regioni programma l'attuazione dei Lea.

IL CASO

Procedura d'urgenza per il decreto legislativo che riordina il settore: scontro sull'Osservatorio che vigilava sui rischi sanitari. Le funzioni passeranno al Mef, che privilegerà gli aspetti economici e fiscali

Il tema della ludopatia destinato a scivolare sullo sfondo: diminuisce anche la "sensibilità" dei parlamentari. Anche il ruolo dei Comuni va verso il ridimensionamento



L'azzardo online è sempre più diffuso: il governo si prepara a riordinare il settore



«Accesso programmato ai test per formare medici di qualità»

Medicina. La presidente della Crui Iannantuoni riassume la posizione delle università sul restyling del numero chiuso: subito le date del 2024, poi riforma degli ingressi che metta al centro lo studente

Eugenio Bruno

Il cinema e le serie Tv di successo ce l'hanno insegnato. Se la storia è importante per raccontarla bene a volte conviene partire dalla fine e poi procedere a ritroso. Ed è ciò che fa Giovanna Iannantuoni, prima donna alla guida della Crui in 60 anni, per illustrare la posizione della Conferenza dei rettori sui test d'ingresso a medicina. Dopo che i giudici amministrativi hanno bocciato il Tolc Med - introdotto l'anno scorso e gestito dal Cisia - e proprio mentre il Senato discute di riformare l'accesso programmato: «L'obiettivo numero uno - dice al Sole 24 Ore del Lunedì - deve essere la qualità della cura per i cittadini indipendentemente dal luogo in cui vivono. E la qualità della cura dipende dalla formazione che i medici hanno avuto e dalle nuove tecnologie».

Di tutto questo Iannantuoni ha parlato martedì scorso in audizione davanti alla Commissione Istruzione di Palazzo Madama. Nel richiamare un recente rapporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), in quella sede, ha ricordato che in Italia abbiamo 4,1 medici ogni mille abitanti, contro i 3,8 di media europea. Dati che circostanza così: «Se in questi anni ci sono stati deficit di medici per i pensionamenti di massa è perché dieci anni fa gli accessi non sono stati programmati bene. Questo errore rischiamo ora di rifarlo all'opposto. Tra 10 anni avremo 8-9mila pensionamenti l'anno e se immettiamo adesso 15-17-20mila matricole rischiamo di formare dei disoccupati». Se aggiungiamo «la fuga in atto dei medici che preferiscono andare in altri Paesi è chiaro - sottoli-

nea - che va reso più attrattivo lavorare per il sistema sanitario italiano». Un concetto ribadito non per lamentarsi ma per sottolineare che i rettori sono «l'interlocutore giusto per organizzare 10-11 anni di formazione dei medici» e sono «pronti a dialogare con i decisori politici».

Se guardando all'immediato, e cioè alle prove del 2024, si limita ad auspicare che le «date dei test vengano pubblicate quanto prima, con una modalità migliorativa rispetto all'anno scorso, ad esempio passando alla banca dati aperta» e a far presente che «il sistema universitario si è fatto carico di preparare 35mila studenti gratuitamente ad affrontare il test e che quest'anno abbiamo intenzione di fare ancora meglio». L'intenzione è anche, se possibile, di preservare la possibilità di svolgerlo già al quarto anno delle superiori. Per la riforma ancora tutta da scrivere, Iannantuoni intravede tre punti fermi: quelli da cui partirà la commissione di esperti appena insediata dalla Crui e guidata dalla rettrice della Sapienza di Roma, Antonella Polimeni.

«Il primo - avverte Iannantuoni - è tenere conto dello sforzo che le università hanno fatto passando da 9mila a 18mila matricole di medicina. Il finanziamento non è raddoppiato e neanche i candidati, che sono rimasti stabili. E c'è poi il tema del rilancio delle professioni sanitarie, soprattutto infermieristiche, per le quali non riempiamo i posti. Mentre per i medici siamo addirittura sopra la media europea - fa notare - per gli infermieri siamo drammaticamente sotto. Ne abbiamo 6 su mille abitanti, la Germania 13. Valorizziamo gli infermieri - è la sua proposta - e chi fa la laurea magistrale in infermieristica e comin-

ciamo a pensare a un dottorato in scienze infermieristiche, perché anche l'infermiere è una figura fondamentale per il malato». Per questo, «alla luce dei numeri degli ultimi 10 anni, l'accesso programmato va mantenuto. Non è un numero chiuso - evidenzia - e programmare significa scrivere prima le cose da fare dopo».

Il secondo punto fermo è mettere al centro lo studente. Come? Riformando l'ordinamento di medicina. «Servono più tecnologia e intelligenza artificiale, allora dico di sederci insieme alle scuole di specializzazione e immaginare un percorso unico in modo che le qualità del percorso dei tutor in corsia venga ampliata e migliorata». Senza dimenticare il terzo caposaldo («quello che mi sta più a cuore», chiosa Iannantuoni): «Va messo in piedi un sistema che non favorisca le disuguaglianze e assicuri invece la coesione sociale. Il cittadino deve avere la stessa opportunità di essere curato a prescindere che abiti in un piccolo paesino della Calabria o al centro di Milano. Per arrivarci - conclude - dobbiamo garantire reti formative di grande qualità diffuse sul territorio».

LA COMMISSIONE DI ESPERTI

Per elaborare un proprio progetto di riforma dell'accesso a Medicina la Conferenza dei rettori ha insediato una commissione di esperti che elaborerà la proposta nel giro di un paio di mesi. A guidarla è stata chiamata la rettrice dell'università La Sapienza di Roma, Antonella Polimeni.



26 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Fp Cgil Medici: Mmg, sì a passaggio ruolo a Dirigenza e scuola di specializzazione

"Registriamo in questi mesi molte adesioni da parte dei professionisti e di molte associazioni sulla proposta per il passaggio al contratto della Dirigenza anche dei medici di medicina generale. Le resistenze sono espressione della paura di perdere privilegi, al contrario noi vorremmo garantiti diritti e tutele di lavoratrici e lavoratori e migliori servizi per i cittadini": è quanto si legge in una nota del Coordinamento nazionale Fp Cgil Mmg.



"Una rivoluzione non solo sanitaria ma soprattutto culturale. È quella - prosegue la nota - che sta riguardando la medicina generale e nello specifico l'assistenza primaria che, svincolata dai legacci dei retaggi mutualistici, si colloca in una dimensione futura con nuovi progetti che hanno alla base parole d'ordine imprescindibili ossia formazione specialistica, Ccnl della Dirigenza e multiprofessionalità".

"Un traguardo, questo - spiega Fp Cgil - al quale si può arrivare solo attraverso l'unità dei professionisti della sanità. Noi siamo convinti della necessità sempre più urgente di riformare il sistema dell'assistenza territoriale. Una strada lunga e tortuosa intrapresa con una convinzione ben precisa: quella di garantire a tutte e tutti i cittadini il diritto universale alla salute pubblica. La riorganizzazione dei servizi è il primo tassello da mettere a posto nell'ambito di una più profonda e radicale rivisitazione dell'assistenza medica sul territorio, un puzzle nel quale mancano tessere importanti: passaggio dei medici di medicina generale nel contratto della dirigenza e la riforma della loro formazione specialistica. Su questa, che è ancora al momento una proposta, sarà decisiva la convergenza a collaborare di tutti i sindacati, confederali e di categoria, comprese le associazioni di professionisti medici che condividono lo stesso modello di riorganizzazione dei servizi. Come Fp Cgil abbiamo messo nero su bianco la nostra visione della salute del futuro nel 2020 con il documento 'Per un new deal della salute', nel 2022 con 'la salute che vogliamo' e l'anno scorso con il nostro manifesto ufficiale per la medicina generale. Alla base c'è l'ostinata determinazione frutto di analisi e sinergie che ci porta a credere in un sistema reticolare che coinvolge tutti gli attori dei futuri progetti, e quindi non solo i medici di assistenza primaria. La storia ci insegna che i cambiamenti passano sempre per la costruzione di alleanze e convergenze tra parti sociali e cittadinanza per la salute collettiva", conclude la nota del Coordinamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA BOZZA ALL'ESAME

Sul nuovo Piano pandemico i nodi fondi e programmazione

Sarà decisivo il confronto in Conferenza Stato-Regioni per il nuovo piano pandemico 2024-2028. Sotto la lente ci sono il nodo delle risorse e la programmazione da garantire sul territorio. Per l'ex direttore generale della Prevenzione al ministero della Sanità, Donato Greco, «è un buon passo in avanti». Più critica l'epidemiologa Stefania Salmaso: «Ci sono ancora punti da chiarire».

Negrotti

nel primopiano a pagina 6

Piano pandemico, confronto aperto I nodi? Risorse e programmazione

ENRICO NEGROTTI

Lavori in corso sul nuovo Piano pandemico, ma sarà un documento «per la prima volta aggiornato, puntuale e che si attiene scrupolosamente a criteri tecnico-scientifici e direttive internazionali». E si sta procedendo anche al calcolo delle risorse che saranno necessarie. Si possono sintetizzare così le risposte del ministro della Salute, Orazio Schillaci, al *question time* di giovedì 25 gennaio al Senato su alcuni aspetti della bozza - già circolata - del nuovo Piano pandemico 2024-28, e subito oggetto di critiche. Sul lato risorse, il coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, Raffaele Donini, chiede al ministero che nel 2024 si mantengano i 300 milioni già previsti l'anno scorso (salvo successivi conguagli) «per garantire la continuità delle attività già avviate con il precedente Piano»; che la realizzazione dei piani pandemici regionali sia finanziata con «fondi aggiuntivi»

e che il rafforzamento degli organici «non sia vincolato al rispetto dei tetti di spesa per il personale». Sul piano politico, in Senato, Elisa Pirro (M5s) chiedeva «quali siano le differenze del nuovo piano 2024-2028 rispetto alle misure adottate dai precedenti Governi durante la pandemia», mentre Claudio Borghi (Lega) domandava di procedere a una revisione della bozza già circolata perché il Piano si ponesse «in discontinuità rispetto a quanto previsto dal Piano 2021-2023». Il ministro ha confermato che il Piano pandemico è ancora a livello di bozza «in continua evoluzione» e che è «in discussione presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano». Ha però anche difeso il documento, sottolineando che è il frutto di un gruppo di lavoro molto ampio e di una lunga ed elaborata discussione, ma aperto anche al recepimento di integrazioni. Rispetto al passato, Schillaci ha sottolineato che, a differenza di PanFlu (il Piano pandemico 2021-23), che riguardava solo una possibile pandemia di virus influenzali A e B, il nuovo

documento vuole dare una risposta «a pandemie da eventuali patogeni a trasmissione respiratoria sia virali che batteriche». Inoltre «rappresenta uno strumento di pianificazione per la fase interpandemica», vale a dire «una strategia preventiva, per mobilitare le risorse necessarie in proporzione a una eventuale emergenza». E per marcare la distanza dai precedenti, il ministro ha detto che il Piano «per la prima volta, delinea un potenziamento di servizi indispensabili, quali: i Dipartimenti di prevenzione, l'emergenza-urgenza, la ricerca, la rete dei laboratori di virologia e microbiologia oltre a una integrazione ospedale-territorio». Quanto alle limitazioni, Schillaci ha detto che il Piano «rispetta le libertà della popolazione



fornendo linee guida flessibili e invocando misure restrittive solo come ultima risorsa». Misure che «dovranno essere emanate solo se strettamente indispensabili, rimanere eventualmente in vigore per il tempo strettamente necessario ed essere proporzionate sia alla probabilità sia all'entità dell'evento». Infine sulle risorse il ministro

ha detto che si sta «procedendo alla quantificazione economica relativa al dettaglio dei costi derivanti dall'implementazione degli interventi descritti e all'illustrazione dei criteri di calcolo per la determinazione dell'importo stimato». Riguardo ai tetti di spesa sul personale «stiamo lavorando - ha concluso Schillaci - al graduale

sblocco e superamento degli stessi. È evidente che in caso di pandemia, al fine di garantire la sicurezza e l'assistenza alla popolazione, i tetti verranno riparametrati».

IL DIBATTITO

Per il ministro Schillaci, l'aggiornamento del documento rappresenta «una strategia preventiva rispetto a un'eventuale nuova emergenza». Decisiva la Conferenza Stato-Regioni



La profilassi occupa un posto di rilievo nel Piano pandemico 2024-2028 recentemente aggiornato



L'EX DIRETTORE GENERALE DEL MINISTERO

«È un buon passo in avanti, bene il no alle chiusure totali»

«Il nuovo Piano pandemico mi pare un passo avanti rispetto a quello del 2021-23. Tiene conto di alcune novità organizzative e tecnologiche emerse con l'esperienza pandemica, mantiene una linea di comando chiara e nello stesso tempo prevede forme di restrizione proporzionali alle circostanze e non generalizzate». Dopo una lunga carriera di epidemiologo presso l'Istituto superiore di sanità, Donato Greco è stato direttore generale della Prevenzione al ministero della Salute fino al 2006, ma ha continuato a collaborare con le istituzioni, facendo parte del secondo Comitato tecnico-scientifico (governo Draghi), ma non ha avuto parte nella stesura di questa bozza di Piano pandemico che verrà discusso dalla Conferenza Stato-Regioni. «Chiaramente il Piano nazionale andrà declinato operativamente nei 21 Piani regionali. E si dovrà prevedere un adeguato finanziamento».

Come valuta la bozza del nuovo Piano pandemico nazionale?

Mi pare importante notare che non solo non è la fotocopia del precedente (a cui avevo collaborato) ma assorbe finalmente il concetto che il Piano non è un libro ma un "tessuto vivente", che prevede alcune azioni da realizzare subito, e altre a seconda delle fasi di una eventuale epidemia. In base all'autonomia regionale è un piano di indirizzo, e si dovrà coniugare in 21 piani operativi di ciascuna Regione (piani di contingenza), in cui dovranno essere indicate le componenti operative vere e proprie: indirizzi fisici, persone responsabili, scorte di farmaci, vaccini e altri dispositivi, le unità di crisi, come e dove aumentare i posti letto in rianimazione, eccetera. In più il nuovo Piano è stato redatto non da una singola commissione di esperti, ma con la collaborazione di tutte le istituzioni sanitarie interessate, e dai tecnici delle Regioni e Province autonome.

Dal punto di vista operativo, quali sono le novità più importanti?

Le differenze con il Piano precedente sono tante. Si valorizza la sorveglianza genomica istituita durante la pandemia di Covid-19, ora pienamente operativa. Così come la rete di laboratori umani e veterinari di microbiologia che si scambiano dati nella sorveglianza degli agenti patogeni, o la rete *Dispatch (epiDemic Intelligence,*

Scenari Pandemici, vAluTazione risCHio) che sorveglia l'eventuale insorgenza di nuclei di patologie sindromiche atipiche rispetto all'atteso. Importante è anche il nuovo Sistema dinamico di acquisizione (Sda), che prevede l'acquisto di presidi (dispositivi di protezione individuale, mascherine, guanti, camici) in maniera centralizzata e rapida, senza gare europee. Apprezzo il coinvolgimento della rete dei presidi della sanità militare (Drive through difesa, Ddt) nel supportare la risposta alla pandemia. Innovativo è anche l'affidamento al Biotecnopolo di Siena della produzione rapida dei vaccini necessari.

Le Regioni hanno obiettato che mancano le risorse: come si potranno attuare le azioni richieste?

Nel Piano da un lato si richiama l'utilizzo di capitoli di bilancio già esistenti nel Fondo sanitario nazionale; dall'altro si rimanda ai piani regionali per la definizione del fabbisogno necessario. Alla fine le Regioni chiederanno un finanziamento extra rispetto al Fondo sanitario nazionale. È una discussione che è avvenuta per qualsiasi piano l'Italia abbia fatto, dai vaccini ad altre azioni sanitarie, e riguarda la politica: il dibattito in Conferenza Stato-Regioni affronterà anche questo aspetto. La costruzione di questo piano è già avvenuta con il coinvolgimento degli esperti regionali, però con un ruolo tecnico, ora vedremo cosa dirà la componente politica. È logico che senza un finanziamento adeguato nessun piano può funzionare.

È logico che senza un finanziamento adeguato nessun piano può funzionare.

Che cosa comporta l'inclusione nella sorveglianza di altri patogeni respiratori?

Nel piano si trovano tabelle con tutti i potenziali patogeni che possono diventare epidemici o pandemici, secondo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e riviste anche



dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc). I virus purtroppo fanno sorprese. Anche il vaiolo, eradicato 35 anni fa, gira in forme diverse negli animali: si è parlato negli scorsi mesi del vaiolo delle scimmie e potrebbe virare verso una forma adattata all'uomo. Anche dalla poliomielite non siamo del tutto protetti, per una mutazione, diffusa soprattutto in Africa, proveniente dal virus vaccino di Sabin. Per questo è importante, ed è indicata nel nuovo Piano, la sorveglianza genomica istituita durante la pandemia da Covid-19 e ora pienamente operativa.

Trovano più spazio questioni etiche e giuridiche che hanno fatto tanto discutere. Le soluzioni sono adeguate?

Nel Piano non ci sono forzature dell'ordinamento giuridico nazionale, non sono previsti poteri speciali, ma quelli esistenti nella Costituzione e nelle leggi. Compresi i Dpcm e le ordinanze del ministero della Salute, perché in una emergenza pandemica non si possono attendere i tempi di un

dibattito parlamentare. L'Italia non è nuova alle emergenze, e ha approvato numerose leggi, in primis quella sulla Protezione civile, dotata di poteri di emergenza. Però nel Piano non ci sono misure obbligate, o *lockdown* automatici come quello del marzo 2020, ma ipotesi di misure suggerite secondo necessità, che andrebbero concordate con la controparte regionale. In più le misure di contenimento sono di tipo scalare e progressivo: possono inasprirsi o allentarsi a seconda della situazione epidemiologica. Si possono considerare, ma non si impongono, alcune chiusure mirate, di scuole e luoghi di lavoro o di aggregazione, ma non è prevista una chiusura totale.

Enrico Negrotti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Donato Greco:
«È prevista la sorveglianza di altri patogeni respiratori ma anche di vaiolo e poliomielite»



Donato Greco



26 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

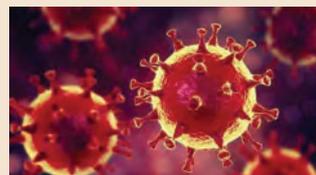
DAL GOVERNO

S
24

Covid/ Crollo contagi (-39,9%), giù tasso positività e dati su ricoveri. Vaia: "Conferma assoluta modestia impatto virus su ospedali"

di Radiocor Plus

Nella settimana 18-24 gennaio si registrano 5.810 nuovi contagi da Covid-19, pari a -39,9% rispetto alla settimana precedente, rilevati con 160.219 tamponi (-11,4%) e un tasso di positività del 3,6% con una variazione di -1,7%. I decessi sono 203, pari a -21,3% rispetto alla settimana precedente (n: 258). Lo comunica il ministero della Salute che riporta anche un tasso di occupazione in area medica al 24 gennaio sceso al 4,3% (2.691 ricoverati) dal 6% (3.723 ricoverati) del 17 gennaio. Il tasso di occupazione in terapia intensiva sempre al 24 gennaio è all'1,4% (121 ricoverati) rispetto all'1,9% (167 ricoverati) del 17 del mese. "I dati di questa settimana rafforzano l'assoluta modestia dell'impatto del contagio sugli ospedali. Continuiamo a lavorare attraverso il monitoraggio e la sorveglianza per tenere sotto controllo la situazione epidemiologica", commenta il Direttore generale della Prevenzione sanitaria del ministero della Salute, Francesco Vaia.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

26 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Iss: continua la discesa della curva epidemica delle sindromi simil-influenzali

Continua la discesa della curva epidemica delle sindromi simil-influenzali (Ili). Nella terza settimana del 2024, infatti, l'incidenza è a 11,6 casi per mille assistiti, mentre nella settimana precedente era 14,4. Scende anche la proporzione dei campioni positivi ad influenza sul totale dei campioni analizzati (18,6% rispetto al 31,2%). Lo affermano i bollettini della sorveglianza RespiVirNet pubblicati oggi a cura dell'Istituto superiore di Sanità.



Il numero di casi di sindromi simil-influenzali è in netto calo dopo aver raggiunto il picco nell'ultima settimana del 2023 con un valore pari a 18,5 casi per mille assistiti. Nella terza settimana del 2024 l'incidenza è pari a 11,6 casi per mille assistiti ed è in diminuzione in tutte le fasce di età, tranne nei bambini sotto i 5 anni in cui è in lieve rialzo con un valore di 31,6 casi per mille assistiti (30,8 nella settimana precedente). Tutte le Regioni e Province autonome, tra quelle che hanno attivato la sorveglianza, registrano un livello di incidenza delle sindromi simil-influenzali sopra la soglia basale; Abruzzo e Campania sono le regioni più colpite.

Durante la terza settimana del 2024, la percentuale dei campioni risultati positivi all'influenza sul totale dei campioni analizzati risulta pari al 18,6%, in diminuzione rispetto alla settimana precedente (31,2%). Tra i virus influenzali, quelli di tipo A risultano largamente prevalenti (99%) rispetto ai virus di tipo B e appartengono per la maggior parte al sottotipo H1N1pdm09. Tra i campioni risultati positivi dall'inizio della stagione, il 26% è positivo per SARS-CoV-2, l'11% per RSV, il 42% per influenza A, il 9% per Rhinovirus mentre i rimanenti sono risultati positivi per altri virus respiratori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cure palliative ancora negate a 2 malati su 3

Le battaglie sull'eutanasia oscurano il fatto che spesso i pazienti gravi non chiedono la morte, bensì un sollievo alla sofferenza
Ma in Italia molte Regioni sono indietro con la terapia del dolore

di **IRENE COSUL CUFFARO**

■ Di fronte allo scomposto dibattito su eutanasia e fine vita, in Italia il tema delle cure palliative risulta spesso oscurato. La questione, di primaria importanza, è tornata però di stretta attualità. Dopo la triste vicenda di **Indi Gregory**, morta lo scorso novembre, l'opinione pubblica e la politica si sono dovute scontrare col tema della sofferenza e della morte in occasione della bocciatura, da parte del consiglio regionale del Veneto, della legge di iniziativa popolare (ma appoggiata dal governatore leghista, **Luca Zaia**) sul suicidio medicalmente assistito.

Quest'ultimo evento, in particolare, è stato l'occasione per riaccendere i fari sulla inadeguata offerta di cure palliative, garantite dalla legge e gratuite, ma ancora non sufficientemen-

te diffuse. L'Italia è stato infatti il primo Paese in Europa a varare una legge-quadro (la 38/2010) per riconoscere il «diritto alla misurazione e al trattamento del dolore, al trattamento delle sofferenze di paziente e familiari, alla formazione dei professionisti e a un'organizzazione secondo reti cliniche». Ovvero, a tutte quelle cure per le persone affette da malattie per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci a stabilizzare la malattia o a prolungare significativamente la vita. Non solo per i pazienti oncologici, ma anche per chi soffre di malattie croniche o degenerative con prognosi infausta. Negli ultimi anni, infatti, è aumentata la richiesta di assistenza anche per i malati di Parkinson, Sla, Alzheimer, sclerosi multipla, malattie cardiovascolari e Aids.

In questo quadro, il con-

trollo del dolore e degli altri sintomi invalidanti, dei problemi psicologici e sociali, assume importanza primaria. Lo scopo delle cure palliative, infatti, non è quello di accelerare o ritardare la morte, ma di garantire ai malati dignità e la miglior qualità della vita possibile nel tempo che rimane e alla loro famiglia il supporto durante la malattia e nella fase del lutto. A quasi 14 anni dalla promulgazione, però, la legge 38/2010 resta parzialmente inapplicata. Come spiega il Comitato nazionale di Bioetica (Cnb) nel parere pubblicato lo scorso dicembre, «in Italia l'appli-



cazione delle cure palliative è, nei migliore dei casi, a macchia di leopardo». Un problema che può incrociarsi con i diversi temi di eutanasia e suicidio poiché, rileva sempre il Comitato, «in molti casi la richiesta di essere aiutati a morire può essere riformulata come richiesta di aiuto a non soffrire».

L'ultima relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge, che doveva essere annuale, risale al 31 gennaio 2019 e si riferisce al periodo 2015-2017. Ma i numeri del Rapporto di Salutequità pubblicato lo scorso novembre, elaborato su dati del ministero della Salute, di Agenas, Aifa e Italia Longeva, parlano chiaro: sono quasi 600.000 le persone che avrebbero bisogno di cure palliative ogni anno, ma solo una persona su tre riesce a riceverle. Tutte le Regioni avrebbero dovuto realizzare la Rete di cure palliative (ovvero tutte le strutture e le istituzioni del sistema socio-sanitario necessarie all'assistenza del paziente) ma, a dicembre 2021, secondo le rilevazioni dell'Agenas, Abruzzo e Marche non l'avevano istituita.

La legge di Bilancio 2023 ha stabilito che entro il 2028 le cure palliative dovranno raggiungere il 90% delle persone che ne hanno bisogno, e ha stanziato 10 milioni annui per il Fondo vincolato. La Corte dei Conti, però, ha rilevato che nel 2021 era «ancora fortemente insufficiente l'assistenza prestata ai malati di tumore attraverso la rete delle cure palliative: appena 5 Regioni, tutte del Centro-Nord, sono state in grado di garantire un livello adeguato; tra le Regioni meridionali, solo la Puglia

si avvicina alla soglia minima richiesta, il 35%». Uno squilibrio che risulta evidente nella mappatura delle strutture che erogano servizi di cure palliative in hospice realizzata dalla Federazione cure palliative: dalle 71 unità della Lombardia, prima Regione, alle 31 del Lazio e alle 25 del Veneto, fino a scendere alle 6 di Abruzzo, Basilicata e Calabria.

Per la terapia del dolore invece, in assenza di dati istituzionali, il censimento Siaarti (Società italiana anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva) del 2021 rileva 305 centri di terapia del dolore non oncologico, anch'essi collocati in modo eterogeneo sul territorio: 164 al Nord, 64 al Centro e 77 al Sud. Come spiega ancora Salutequità, la disparità territoriale è rilevabile anche dall'utilizzo dei farmaci contro il dolore: in base ai dati Aifa, al Sud è circa il 22% inferiore alla media nazionale. Per contro, le Regioni del Nord hanno un livello di consumo del 14% superiore.

Anche per quanto riguarda la formazione dei sanitari, i dati a disposizione non fotografano uno stato dell'arte soddisfacente, con un'offerta disomogenea sul territorio. Nel 2021, secondo l'Istruttoria Agenas, ben nove Regioni non avevano ancora attivato corsi di formazione per i professionisti per le cure palliative. E il numero di corsi per i sanitari sono andati diminuendo post pandemia: dai 712 corsi su dolore e cure palliative offerti nel 2019, si scende ai 470 del 2022, fino ai 348 dei primi sei mesi del 2023, con un picco minimo nel 2020 (271), anno dello scoppio della pandemia. Il Covid 19, in

fatti, ha travolto anche i pazienti bisognosi di cure palliative, passate in secondo piano di fronte all'emergenza sanitaria che ha costretto gli ospedali a dimettere più pazienti possibile, compresi quelli inguaribili, facendo aumentare esponenzialmente il bisogno di cure domiciliari.

Secondo la ricerca svolta da Fondazione cure palliative, sul periodo dal 1° marzo al 31 maggio 2020, tramite questionario online a 90 soggetti tra associazioni di volontariato ed enti erogatori, le misure di contenimento dei contagi determinarono la rapida e quasi totale sospensione del volontariato in hospice, Rsa, ambulatori e a domicilio. Tra le altre difficoltà da fronteggiare vi sono state la parziale mancanza di operatori, finiti in quarantena, il difficile reperimento di mascherine e ritardi nell'accesso ai tamponi, con ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza. A cui si sono aggiunti costi per la sicurezza degli ambienti, per i Dpi e per la tecnologia necessaria per le comunicazioni a distanza, a causa del divieto di visita ai propri familiari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Troppi bimbi in terapia intensiva perché mancano reparti dedicati

■ Lo stato dell'arte delle cure palliative pediatriche è di difficile definizione, sia per la mancanza di dati ufficiali aggiornati sia per il tabù associato alla morte di un bambino, insieme al malinteso sulle terapie, spesso scambiate per placebo o assimilate all'eutanasia.

Invece, molti dei bambini e adolescenti che necessitano di cure palliative, pur essendo affetti da patologie inguaribili, possono avere una buona qualità della vita per lungo tempo. Come spiega la Fondazione Maruzza, però, solo una minima parte dei bambini con diagnosi di malattia incurabile ha potuto accedere al supporto clinico, psicologico e spirituale a cui avevano diritto. Le stime sono impietose: in Italia su 30.000 malati pediatrici, solo il 18% riceve le cure palliative necessarie. Un terzo dei pazienti soffre di cancro. Le altre patologie pediatriche più diffuse sono insufficienza d'organo irreversibile, fibrosi cistica, malattie degenerative metaboliche e neurologiche, patologie cromosomiche e geniche e paralisi cerebrale.

Al ristretto accesso alle cure, si aggiungono altre difficoltà rispetto all'età adulta. Per esempio, la disponibilità limitata di farmaci specifici per i bambini, spesso sotto forma di compresse di grandi dimensioni e di difficile somministrazione ai più piccoli. Molti medicinali non prevedono l'etichettatura per l'uso pediatrico con le relative indicazioni per l'età, le dosi e

gli effetti collaterali. Inoltre, i referenti legali del paziente sono i genitori o il tutore, con il rischio che i desideri e la partecipazione nel processo di scelta dell'interessato possono rimanere inascoltati. Il continuo sviluppo fisico, emotivo e cognitivo di bambini e adolescenti, poi, incide su ogni aspetto della loro cura.

L'assenza di un adeguato supporto è ancora più drammatica se si pensa al carico emotivo per i familiari e per le figure che forniscono

assistenza, in un contesto in cui il fallimento dei trattamenti e la morte diventano spesso inaccettabili e il lutto e la sensazione di perdita perdurano più a lungo. La maggior parte dei minori malati muore senza il supporto dell'assistenza a domicilio, dove vorrebbero passare più tempo possibile e infine morire. Gli studi e le testimonianze confermano che le cure in casa diminuiscono la paura e il senso di isolamento, oltre a non comportare, tendenzialmente, costi più elevati rispetto all'assistenza ospedaliera. Tuttavia, dare sollievo e assistenza adeguati ai malati pediatrici nelle loro case non è sempre possibile. In questo caso, la soluzione migliore appaiono essere gli hospice o i reparti ospedalieri dedicati. Eppure, la maggior parte dei minori continua a morire nei reparti di terapia intensiva, senza adeguati trattamenti contro la sofferenza fisica e psicologica.

I. Cos.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Allarme nazionale

Farmaci introvabili la lista si allunga con molti salvavita

ROMA Farmaci, si allunga la lista degli introvabili. Dopo l'allarme sugli enzimi pancreatici secondo l'Aifa sono 3.500 i medicinali «carenti». Criticità per 30 prodotti tra cui antidiabetici e anche antitumorali. **Melina a pag. 15**



Farmaci introvabili, la lista si allunga «Anche i salvavita»

► Non solo gli enzimi pancreatici: secondo l'Aifa sono 3.500 i medicinali «carenti» ► Criticità in particolare per 30 prodotti, tra cui antidiabetici e antitumorali

IL CASO

ROMA «Il farmaco non è più disponibile per cessata commercializzazione definitiva». Poche parole, ripetute a fianco di centinaia di prodotti, da diverse settimane ormai, segnalano la fine di una terapia spesso salvavita. E anche se l'allarme lanciato in questi giorni dal cantante Fedez fa emergere la difficoltà a reperire gli enzimi pancreatici, in realtà l'elenco aggiornato ogni settimana sul sito dell'Aifa, l'agenzia italiana per il farmaco, dimostra senza mezzi termini che la carenza delle terapie non è una novità: fino al 26 gennaio, sono 3.494 i prodotti carenti. Che si

tratti di problemi produttivi, di forniture discontinue, o di uno stop temporaneo, fatto sta che per ciascun farmaco occorre trovare una soluzione sostitutiva contattando lo specialista oppure il medico di medicina generale.

«Il problema si ripresenta ciclicamente e non è più dovuto alla pandemia», ribadisce Roberto Tobia, segretario nazionale di Federfarma. Tra crisi economica e conflitti bellici che affliggono intere popolazioni, la reperibilità delle terapie è messa a dura prova ovunque. «Non dimentichiamo che l'Europa – precisa Tobia

- è dipendente da altri paesi, soprattutto da Cina e India, dove vengono prodotti i principi attivi. E l'approvvigionamento non sempre è in grado di soddisfare le richieste. Senza contare poi



che ci sono stati problemi anche per il confezionamento dei farmaci. Per esempio, i blister di alluminio prodotti in Ucraina e Moldavia non erano disponibili. Si aggiungono poi la contemporanea presenza della sindrome influenzale e il Covid che hanno chiaramente aumentato le difficoltà a reperire i prodotti necessari per la cura dei sintomi».

Per i farmacisti, insomma, riuscire a garantire farmaci per tutti i pazienti non è affatto semplice. «Abbiamo difficoltà per alcuni farmaci come paracetamolo, ibuprofene, antibiotici – ricorda Tobia – Queste terapie, però, trovano nei prodotti equivalenti una valida sostituzione». E se per curare un mal di gola oppure la tosse, un prodotto lo si trova comunque, non va sempre così nei casi in cui si è affetti da patologie croniche e serie. «Mancano anche farmaci salvavita, c'è qualche carenza per esempio con l'insulina, soprattutto a causa dell'elevata richiesta non solo per chi soffre di diabete, ma anche per le cure dimagranti. Sapiamo già che ci saranno difficoltà anche nell'arco dell'anno».

I NUMERI

La situazione è dunque complessa: sono 399 i farmaci carenti per i quali Aifa può autorizzare l'importazione, 2.577 quelli che si possono sostituire con prodotti equivalenti e per altri 524 è disponibile un trattamento tera-

peutico alternativo. In sostanza, tra sostituzioni e cambi vari, sono circa 300 le reali carenze di farmaci, 30 quelli che presentano maggiore criticità. «Gli ambiti terapeutici nei quali negli ultimi mesi si sono manifestate problematiche a livello ospedaliero – spiega Marcello Pani, segretario della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici (Sifo) e direttore della farmacia ospedaliera del Policlinico Gemelli di Roma – riguardano antibiotici, qualche antitumorale, antidiabetici, alcuni farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale. Si tratta prevalentemente di farmaci prodotti da diverse aziende. Di solito, queste "indisponibilità" si verificano a carico dei farmaci generici o biosimilari, quelli cioè a brevetto scaduto, prodotti da più aziende». Succede così in particolare quando le Regioni indicano le gare di appalto per l'acquisto dei farmaci con prezzi a base d'asta troppo bassi, a tal punto che la produzione e la commercializzazione di queste terapie non sono più convenienti. «Alcune aziende – rimarca Pani – alla fine non partecipano alle gare oppure, anche se partecipano e si aggiudicano la fornitura, non sono poi in grado di onorare gli impegni contrattuali presi. E quando gli ospedali e le asl ordinano al fornitore questi farmaci, in alcuni casi la consegna attesa non avviene oppure ritarda, an-

che se non sono presenti nella lista dei prodotti carenti aggiornata da Aifa. A questo punto, l'indisponibilità costringe gli ospedali a verificare se altre ditte produttrici possono provvedere al rifornimento». Ma intanto in alcuni casi gli ospedali rischiano di rimanere senza farmaci, proprio perché costretti a cercare alternative equivalenti da fornitori non abituali. Intanto, per evitare che il paziente rimanga senza terapia, anche salvavita, come per esempio nel caso degli antitumorali, si attiva anche una rete nazionale di monitoraggio dei Farmacisti ospedalieri (Drughost) condivisa con Aifa, che aggiorna l'elenco dei farmaci che non si trovano. «Grazie a questo database – assicura Pani – si riescono a tenere sotto controllo le indisponibilità e a prevenire poi le carenze».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PER L'INSULINA
LA SCARSITÀ
È DOVUTA ALLE
CURE DIMAGRANTI
ED È DESTINATA
AD AUMENTARE**

**A PESARE SUGLI
APPROVVIGIONAMENTI
LA FINE DEI BREVETTI
E LE GARE
AL MASSIMO RIBASSO
DELLE REGIONI**



L'intervista **Claudio Cricelli**

«L'alternativa non è il fai-da-te gli acquisti on line sono rischiosi»

«In genere, la maggior parte dei farmaci di uso comune sono facilmente sostituibili - assicura Claudio Cricelli, presidente emerito della Simg (Società italiana di medicina generale e delle cure primarie) - Attenzione però a non acquistarli on line, perché è impossibile garantire la qualità del contenuto».

Come si gestisce la carenza?

«In molti casi, si può indicare un farmaco equivalente, che contiene cioè lo stesso principio attivo. Quando la indisponibilità riguarda invece farmaci che non possono essere sostituiti, in quel caso deve intervenire l'autorità sanitaria, per suggerire soluzioni».

Non è un fenomeno nuovo?

«No. Durante la pandemia, per esempio, abbiamo avuto carenza di idrossiclorochina, perché molti erroneamente pensavano che fosse utile per curare il covid. Poi, in realtà si è dimostrato che non lo era. Ma intanto le persone che ne avevano bisogno per curarsi si sono trovate sprovviste».

È necessario rivolgersi allo spe-

cialista?

«Tutti i medici possono verificare l'elenco dei farmaci carenti, e indicare quelli con caratteristiche e principi attivi equivalenti».

Il paziente cosa può fare?

«L'approvvigionamento di percorsi alternativi non può essere fatto dai pazienti a meno che i farmaci non siano reperibili sul mercato straniero. È noto che molto spesso le persone si rivolgevano alla Svizzera oppure ai paesi vicini oppure alla farmacia in Vaticano. Però, se il problema è di produzione, questo impatta su tutti i mercati. In quel caso, non è il paziente che deve attivarsi, ma l'autorità sanitaria che ha strumenti molto più potenti e più efficaci».

El'acquisto on line?

«I farmaci particolari ad elevato indice terapeutico hanno bisogno di una ricetta speciale, e comunque non vanno comprati on line perché è impossibile garantire il contenuto».

Niente fai da te, insomma.

«I farmaci devono avere una indicazione medica, il che vuol dire

che li prescrive il medico. Molto raramente vengono prescritti per usi off label, cioè fuori dalla scheda tecnica: solo in circostanze molto particolari e comunque il medico se ne assume la responsabilità».

Enel caso degli antibiotici?

«Il cattivo uso degli antibiotici ha una serie di conseguenze complesse: se si impiegano quando non ce n'è bisogno c'è sempre un effetto collaterale negativo, i microrganismi diventano resistenti all'antibiotico e non abbiamo nessuna efficacia terapeutica»

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA.

**IL PRESIDENTE
EMERITO DELLA SIMG:
«LA SOLUZIONE
MIGLIORE RESTA
RIVOLGERSI ALLE
AUTORITÀ SANITARIE»**



Claudio Cricelli, presidente onorario della società italiana di medicina generale



Il farmaco per il pancreas è introvabile Denuncia sul web, si muove il ministero

IL CASO

ROMA Da mesi, in farmacia, chi ha problemi al pancreas si sente dare sempre la stessa risposta: «Enzimi pancreatici? Non ne abbiamo». Già, perché il farmaco conosciuto con il nome di Creon o Creonipe, fondamentale per i pazienti a cui viene prescritto, è ormai diventato introvabile in tutta Italia. A lanciare l'allarme è Fedez - a sua volta fruitore del medicinale -, che sul suo profilo Instagram da quasi 15 milioni di follower si è fatto portavoce di un problema che sta coinvolgendo un altissimo numero di persone e che ormai si sta protraendo da tempo. Lo scorso ottobre, infatti, l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) aveva segnalato per prima il problema, spiegando che i medicinali vengono distribuiti in maniera contingente a causa di alcuni problemi produttivi e di una richiesta molto elevata. La carenza, come aveva avvertito l'Agenzia, potrebbe protrarsi fino al 2025.

L'APPELLO

«Sto ricevendo tantissime mail», ha spiegato il rapper ieri mattina sui social. «Tutte le persone che hanno bisogno, come me, di prendere enzimi pancreatici per poter mangiare e assimilare il cibo, in questo momento stanno avendo dei problemi. L'azienda che produce enzimi pancreatici sembrerebbe essere una sola e sembrerebbe che non si trovino più in farmacia ormai da un me-

setto a questa parte. Io stesso ne avevo una piccola scorta: li sto finendo e non riesco a trovarli. È un problema». Il ministero della Salute, dopo l'appello lanciato da Fedez, che ha invitato chiunque riscontri il problema a mandare le segnalazioni alla sua fondazione per tentare di fare qualcosa, ha fatto sapere che sta seguendo la questione «con grande attenzione», ponendo in essere «tutte le attività di competenza finalizzate a garantire la continuità terapeutica dei pazienti».

LE REAZIONI

Come ha spiegato il Ministero, la situazione «è indipendente dalle attività regolatorie di Aifa, che ha già da tempo ha fornito ai pazienti e agli operatori sanitari adeguate informazioni anche di carattere operativo». Tra le misure adottate dall'agenzia, quando era stato segnalato il problema per la prima volta lo scorso autunno, vi era anche un invito ai medici a un uso appropriato e parco del medicinale. Già in precedenza, inoltre, aveva autorizzato le istituzioni locali all'importazione del prodotto dall'estero, vietando invece l'esportazione fuori dal Paese.

Viatrix, la sola azienda che distribuisce il farmaco in Italia,

senza produrlo in proprio, ha intanto aperto un canale diretto con le farmacie nel tentativo di garantire l'approvvigionamento. «Abbiamo ricevuto indicazione dall'azienda produttrice del farmaco, Abbott, di alcune difficoltà nella fornitura di Creon - fa

sapere la società -, che sono do-

vute all'alta richiesta globale. Siamo quotidianamente in contatto con l'azienda che si occupa della produzione per mitigare le difficoltà di fornitura e ridurre l'impatto sui pazienti». Abbott avrebbe «assicurato che sta adottando tutte le misure necessarie per mettere a disposizione Creon». Il farmaco, infatti, è fondamentale per chi ha problemi al pancreas perché contiene gli enzimi necessari a scomporre gli alimenti nei nutrienti essenziali di cui ha bisogno l'organismo. Il consiglio a chi ne ha bisogno, al momento, è quello di «assumere per un periodo un dosaggio leggermente ridotto che so-

spenderlo del tutto». A dirlo è il vicedirettore del Centro per la Ricerca e cure sulle malattie del pancreas del San Raffaele di Milano, Gabriele Capurso. «L'Italia, insieme alla Spagna, è uno dei pochi Paesi in cui non esistono farmaci analoghi che possano sostituire quelli carenti. Ci sono Regioni e singole Asl che si stanno muovendo per importare autonomamente il prodotto dall'estero, tuttavia sarebbe opportuna un'azione coordinata a livello nazionale. «Niente panico - ha poi ricordato ai pazienti -, perché il prodotto è carente ma non è fuori produzione».

Federica Zaniboni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



26 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Ricerca/ Melanoma, al Pascale somministrata la prima dose italiana del vaccino a mRNA. Ascierto: «Oggi è un grande giorno»

Si chiama Alfredo, ed è il primo paziente italiano a cui nella mattina del 26 gennaio all'Istituto dei tumori Pascale di Napoli è stato somministrato il vaccino anticancro a mRNA per la cura del melanoma. Per l'Irccs partenopeo, dove Alfredo è seguito dallo scorso settembre



dall'oncologo Paolo Ascierto, un ruolo di primo piano nella ricerca sui vaccini antitumorali. Anche se, come precisa Ascierto «ci vorrà qualche anno prima di avere i risultati di quest'ultima fase dello studio clinico, la fase III». Cauti ottimismo, quello dell'oncologo primo al mondo per la cura del melanoma, visto anche che l'Italia è stata esclusa dalla sperimentazione di fase I e II, ma anche grande entusiasmo. «La nostra speranza è quella di poter dare una nuova e più efficace opzione terapeutica a quanti più pazienti possibili. Ed è per questo che oggi è un grande giorno. Il vaccino, prodotto da Moderna – prosegue Ascierto – si basa sulla stessa tecnologia adottata per quelli contro il Covid, cioè utilizzando mRNA sintetici progettati per "istruire" il sistema immunitario a riconoscere specifiche proteine, chiamati "neoantigeni", che sono espressione di mutazioni genetiche avvenute nelle cellule malate. Il suo scopo non è quello di prevenire la malattia ma di aiutare e supportare il sistema immunitario dei pazienti a riconoscere e ad attaccare più efficacemente il tumore. Certo, essendo una sperimentazione a "doppio cieco" potremmo trovarci di fronte ad una dose di placebo. Secondo protocollo, infatti, né il paziente né l'oncologo sanno cosa gli è stato iniettato. Lo sapremo alla fine della sperimentazione».

Il paziente è Alfredo De Renzis, 71 anni di Carovilli, un paesino in provincia di Isernia. Medico di base, sposato con due figli, due anni fa scopre che dietro a una neoformazione cutanea si nasconde un melanoma. Dopo le prime cure ad Isernia arriva poi a Napoli, nel reparto del Pascale di Paolo Ascierto. A settembre dello scorso anno ha una comparsa di metastasi linfonodali inguinali. Operato a novembre da Alfonso Amore dell'equipe di Corrado Caracò, inizia il 15 dicembre il trattamento con Pembrolizumab nell'ambito dello studio V904. Quasi in contemporanea con l'inizio dell'immunoterapia gli arriva la proposta di aderire alla sperimentazione della fase III del primo vaccino a mRNA di Moderna, ultimo step prima che il vaccino possa essere autorizzato dalle autorità regolatorie.

«Ho accettato subito – dice De Renzis –. Mi sembrava doveroso per il mio ruolo di medico, per dare un contributo alla ricerca, ma anche perché confido in questa cura. Non ho mai avuto paura, sono sereno, forse anche fortunato perché l'immunoterapia non mi ha portato particolari effetti collaterali».

A oggi ci sono ben 70 farmaci immunoterapici allo studio, sia in fase preclinica (su sperimentazioni non umane) che in fase clinica, e solo in Italia si contano circa 200 studi

clinici in corso, di cui 51 con arruolamento attivo, che rappresentano a tutti gli effetti una nuova opportunità terapeutica per i pazienti.

Dopo Alfredo De Renzis, il Pascale ha screenato altri 18 pazienti, candidati al vaccino. Nel frattempo, si stima che nel mondo ci siano oltre 40 vaccini anti-cancro a mRNA allo studio, mentre continuano ad aumentare le nuove indicazioni per farmaci immunoterapici già in uso. «Come ad esempio il pembrolizumab, un anticorpo monoclonale anti PD-1, mirato cioè a uno dei 'freni' del sistema immunitario, prima approvato per il melanoma e a settembre scorso autorizzato come trattamento per il tumore del rene metastatico, per il tumore della mammella triplo negativo metastatico e periooperatorio, per quello dell'endometrio e della cervice uterina avanzati, del carcinoma dell'esofago e di alcuni tumori gastrici e del colon - evidenzia Ascierto -. Esistono anche combinazioni di immunoterapici come nel caso di nivolumab e ipilimumab approvati e rimborsati dal Servizio sanitario nazionale dal 2022 per il trattamento del tumore del polmone non a piccole cellule metastatico, del tumore del rene avanzato in prima linea di trattamento, nel tumore dell'esofago avanzato a progressione chemioterapica, nel mesotelioma pleurico in prima linea e in alcuni tumori del colon-retto. Abbiamo avuto inoltre l'approvazione dell'utilizzo di anticorpi bispecifici come il tebentafusp nei pazienti con diagnosi di melanoma dell'uvea metastatico o non resecabile che presentano un particolare antigene».

Grande emozione per il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi: «Siamo onorati - dice - che il Pascale sia il primo centro in Italia a partecipare alla sperimentazione del primo vaccino a mRNA contro il cancro. Si apre una frontiera completamente nuova, e siamo orgogliosi di esserne protagonisti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Napoli

Medico apripista si inietta il vaccino contro il melanoma

di **Bocci e Del Bello**
● a pagina 17



Vaccino contro il melanoma un medico fa da apripista “Non ho paura, è la scienza”

di **Giuseppe Del Bello**

NAPOLI – «Non ho avuto alcuna paura, l'ho fatto anche in nome della ricerca. E perciò mi sono sottoposto all'inoculazione del nuovo farmaco, credo in questa cura e sono convinto della sua efficacia». A parlare è Alfredo De Renzis, medico di base 71enne di Carovilli in provincia di Isernia. Appena andato in pensione e dopo aver scoperto due anni fa di essere stato colpito da un melanoma, ieri ha ricevuto per primo in Italia il vaccino a mRNA per combattere il “suo” tumore. In fase recidiva, ma per il quale è stato raggiunto un nuovo traguardo terapeutico. Chiariamo: non è ancora possibile parlare di sconfitta, ma il farmaco iniettato, in fase 3 di sperimentazione (sull'uomo), rappresenta un ulteriore step della ricerca.

Tre i protagonisti del successo: il medico-paziente, il professor Paolo Ascierto, direttore di Melanoma e Terapie innovative del polo oncologico Pascale di Napoli e, ovviamente, lo stesso vaccino anti-cancro. Va precisato però che, a dispetto del nome, non si tratta di quello classico che si sommini-

stra per prevenire l'insorgenza di una malattia, ma di un vaccino terapeutico. «L'obiettivo – ribadisce lo stesso Ascierto – è quello di annientare il cancro e non di prevenirlo». E per non incorrere in ambigue interpretazioni, aggiunge lo scienziato: «Trattandosi di una sperimentazione a “doppio cieco” (significa che pazienti e medici non sanno a chi viene somministrato il farmaco, ndr), potremmo trovarci di fronte a una dose di placebo. Secondo protocollo, infatti, paziente e oncologo ignorano cosa gli sia stato iniettato. Lo sapremo alla fine della sperimentazione».

È lo stesso De Renzis a raccontare la sua storia: «A marzo 2021 scoprii un neo sulla coscia destra. Consultai un amico chirurgo di Isernia che per sicurezza, nonostante non



destasse sospetti, decise di asportarmela, e 20 giorni dopo arrivò il referto: melanoma invasivo, in sigla etichettato come un PT4. A questo punto, il collega mi mise in contatto con il chirurgo Alfonso Amore dell'equipe di Corrado Caracò: mi operò per un ulteriore ampliamento dell'escissione precedente e per prelevare 3 "linfonodi sentinella", in prima istanza risultati negativi».

Due anni di controlli, poi ad aprile scorso l'ultima ecografia rivela un linfonodo ingrossato. Pet e Tac confermeranno una recidiva. «Ed è allora che, tornato al Pascale – continua Alfredo – entro per la terza volta in sala operatoria per l'asportazione dei linfonodi inguinali, di cui uno risulta sede di metastasi. Così, mi propongono, oltre alla classica immunoterapia, di entrare nello studio sperimentale di vaccino a mRNA. Accettai subito e senza riserve, e mi ritengo anche fortunato perché l'immunoterapia non mi ha portato particolari effetti collaterali».

Prossimo controllo fra tre settimane, poi la seconda delle nove dosi previste in un an-

no. Cauto, Ascierto puntualizza: «Dovremo aspettare 12 mesi prima di avere i risultati di quest'ultima fase dello studio, ma la speranza è grande: rendere disponibile una nuova e più efficace opzione terapeutica alla maggioranza dei pazienti possibili. E perciò oggi è un grande giorno». Commenta Alfredo Budillon, direttore scientifico del Pascale: «Che il primo paziente italiano a riceverlo sia stato trattato nel nostro istituto di ricerca conferma il consolidato prestigio internazionale non solo per il melanoma ma anche per l'esperienza maturata nello sviluppo dei vaccini antitumorali».

A Napoli la prima dose
Usata la tecnica già
sperimentata per le fiale anti
Covid. Il primario: "Per i
risultati bisogna aspettare un
anno ma la speranza è grande"

I punti

1

La tecnica

Si basa sullo stesso principio che permise la realizzazione di quello contro il Covid: a Napoli la prima dose in Italia contro il melanoma

► L'iniezione

Alfredo De Renzis, 71 anni, medico di base in pensione mentre riceve il vaccino contro il melanoma. Alla sua destra, il professor Paolo Ascierto



2

Il farmaco

Prodotto da Moderna, utilizza antigeni sintetici progettati per istruire il sistema immunitario ad attaccare il tumore

3

Il futuro

Al Pascale altri 18 pazienti sono candidati al vaccino, mentre nel mondo se ne stanno studiando oltre 40 a mRNA



L'immunologo Gorini

“Così con l'mRna istruiamo le cellule ad aggredire i tumori”

di Michele Bocci

Giacomo Gorini è un immunologo degli anticorpi che tra l'altro ha lavorato a Oxford per lo sviluppo del vaccino poi distribuito da Astrazeneca. Ha scritto il libro “Malattia Y” (Edizioni Piemme), che parla della prossima, potenziale, pandemia.

Su cosa si basa la tecnologia mRna?

«L'mRna è un'informazione genetica a breve termine normalmente presente nell'organismo. Paragoniamolo a una fotocopia con alcune istruzioni per il funzionamento della cellula. Quello formulato in laboratorio, quando introdotto in un paziente per via intramuscolare, dà nuove informazioni alle sue cellule».

Il mondo lo ha conosciuto grazie ai vaccini anti Covid. Come funziona contro il coronavirus?

«Nei vaccini c'è l'mRna di una proteina, la spike del coronavirus. Viene iniettato per fare in modo che l'organismo replichi la proteina facendo allenare il sistema immunitario a fronteggiare il virus. Così, in caso di infezione, non è impreparato».

Qual è il meccanismo contro i tumori?

«Non è così diverso dal vaccino con la spike. I tumori sono cellule che mutano e si replicano in modo incontrollato. A seconda del paziente le mutazioni possono essere diverse. Per individuarle si fa un profilo genetico delle mutazioni nelle proteine delle cellule tumorali. E con il vaccino, ad esempio quello per il melanoma, si somministra un mRna che induce la produzione delle proteine tipiche del tumore anche nel muscolo, perché vengano immediatamente distrutte dal sistema immunitario che impara così a fronteggiare le cellule tumorali

In corso altri studi in oncologia e presto ne partirà uno sul cancro al pancreas



Immunologo
Giacomo Gorini

evitando metastasi».

Ci sono studi su altri tumori?

«Certo, quello sul melanoma è il più avanzato ma le ricerche sono tante. Ad esempio ne sta partendo una per il tumore al pancreas».

In oncologia si usano da tempo gli anticorpi monoclonali. Che differenza con l'mRna?

«Per il melanoma si usa da anni il pembrolizumab, un farmaco biologico.

Riacende le cellule del sistema immunitario che si erano spente, perché dopo un po' l'organismo si abitua al tumore e non lo combatte più. In altri casi, invece, gli anticorpi monoclonali si legano alle cellule tumorali e le fanno diventare bersagli del sistema immunitario».

Produrre l'mRna è costoso?

«No, è anzi molto economico e si ottiene rapidamente. Ci sono aziende che sono in grado, attraverso una sintesi chimica di produrre rapidamente un quantitativo piccolo della sequenza di cui si ha bisogno. Poi con tecniche molto semplici in laboratorio si possono produrre miliardi di copie. Il punto è che, rispetto al vaccino contro un virus, per affrontare il cancro c'è bisogno di una cura personalizzata sulle mutazioni delle cellule tumorali. Questo fa alzare i costi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nel mondo allo studio 40 vaccini anticancro

Sul melanoma molti passi avanti sono già stati fatti: tra i pazienti operati, il 70% è in vita dopo 7 anni e mezzo (il nuovo vaccino vuole aumentare questa percentuale), pochi anni fa non si andava oltre il 50%. Ci sono 70 farmaci

immunoterapici allo studio oggi, sia in fase preclinica (su sperimentazioni non umane) sia in fase clinica, e solo in Italia si contano circa 200 studi clinici in corso, di cui 51 con arruolamento attivo, che rappresentano a tutti una nuova

opportunità terapeutica. Nel frattempo, si stima che nel mondo ci siano oltre 40 vaccini anti-cancro a mRNA allo studio.



L'intervista **Paolo Ascierto**
**«Vaccino anti-melanoma
 è una vittoria di squadra»**

Ettore Mautone

Cinquantanove anni, primario del Pascale di Napoli, clinico e ricercatore di fama internazionale nel campo della cura del melanoma e dell'immunoterapia dei tumori, consapevole che, essere il primo ad avviare in Italia la sperimentazione finale, sull'uomo, del vaccino a Rna contro il melanoma, lo mette in

prima fila. «È stata - dice Ascierto al *Mattino* - una bella vittoria di squadra. Era da un anno che inseguivamo questo risultato».

A pag. 12



«L'intervista Paolo Ascierto

**«Vaccino, che emozione!
 È una vittoria di squadra»**

► Il primario che al Pascale ha avviato la sperimentazione anti-melanoma ► «Quante telefonate e “like” sui social. Dedico ai miei due figli questo risultato»

Ettore Mautone

Cinquantanove anni, primario del Pascale di Napoli, clinico e ricercatore di fama internazionale nel campo della cura del melanoma e dell'immunoterapia dei tumori è consapevole che, essere il primo ad avviare in Italia la sperimentazione finale, sull'uomo, del vaccino a Rna contro il melanoma, lo mette in prima fila in

quella che si annuncia come una nuova svolta nella cura di questo e di altri tipi di cancro. Quello che lo accompagna è uno spirito pionieristico, fatto di emozioni, ottimismo e grandi speranze, un nuovo traguardo che si profila ormai a portata di mano.

Professore Ascierto, siete dunque i primi in Italia nella sperimentazione del vaccino a

Rna contro il Melanoma?

«Voglio premettere che non siamo l'unico centro italiano che eseguirà la sperimentazione di fase III, ma siamo partiti per primi e questo mi riempie di



orgoglio e di gioia perché la ricerca a Napoli e in Campania è di altissimo livello in tutti i campi e merita di essere raccontata. Anche la rete oncologica campana in pochi anni ha recuperato il ritardo storico, è diventata un modello per molte regioni anche del nord e riassorbito anche parte della migrazione sanitaria verso altre regioni».

Quali altri centri italiani saranno coinvolti?

«Due a Milano, all'Istituto Tumori e all'Ieo, uno a Perugia e l'altro a Siena».

Perché Napoli per prima?

«Perché faccio parte del board scientifico dello studio e hanno scelto noi».

Quali emozioni ha provato nell'avviare questo ultimo tratto di strada che ci separa da quella che si annuncia come una rivoluzione nella cura del cancro?

«Ho provato una grande soddisfazione ma l'emozione vera l'ho avvertita un anno fa, quando ho visto i risultati della sperimentazione precedente, la fase II dello studio, sempre sull'uomo».

Che tipo di risultati?

«L'efficacia è straordinaria: anche in quel caso lo studio era a doppio cieco e nessuno sapeva, né il paziente né il clinico, chi avesse assunto il vaccino e chi una sostanza inerte. Novanta pazienti hanno ricevuto il vaccino più la immunoterapia standard e gli altri solo il farmaco immunoterapico più in uso oggi, ossia il Pembrolizumab. Ebbene nei pazienti vaccinati si è osservata una riduzione del 44 per cento del rischio di ricaduta e addirittura del 66 per cento riguardo al rischio di metastasi a distanza. Questo vuol dire poter ridare una speranza di vita a persone, pazienti, fatti di carne e ossa, che hanno figli, famiglie, e che lottano magari da anni contro un nemico che per quanto tenuto a bada dalle nuove terapie immunologiche resta subdolo. Una guerra esistenziale, per la vita. Tutto questo ha fatto esplodere l'entusiasmo in me e in tutto il mio gruppo».

Quanti siete? Da chi è composto il suo gruppo?

«Siamo una vera e propria squadra fatta di clinici e ricercatori: è formata da sei oncologi, cinque dermatologi, cinque biologi, cinque infermieri di ricerca, sei study coordinator laureati in Biotecnologie e farmacia. Tutti giovanissimi e napoletani doc».

A proposito di squadra, lei tifa per la Juve: le viene perdonato dal suo gruppo e dai suoi pazienti questo "neo"?

«Sì, assolutamente: nonostante questo mi amano tutti e confesso che durante l'ultima Supercoppa a Riad ho tifato per il Napoli come mai mi era capitato prima. Si vede che il mio cuore batte anche per questa città».

Dove lei ha studiato da fuori sede provenendo dal Molise.

«Sì, sono nato nel Sannio a Solopaca ma ho trascorso l'infanzia e poi la giovinezza a Campobasso. Quindi sono arrivato a Napoli per l'Università. Alloggiavo a Fuorigrotta perché mi iscrissi a Ingegneria. Mi sarebbe piaciuto entrare nell'arma dei Carabinieri ma mio padre spingeva per Medicina e Ingegneria era un compromesso. Poi mi trasferii a Medicina alla Federico II, nel policlinico collinare. Da qui la passione per l'immunologia e l'oncologia maturata sui banchi dell'Università. Un imprinting che mi ha orientato alla ricerca: ho compreso che il sistema immunitario è l'arma letale da sfoderare nella cura del cancro».

Come hanno reagito i suoi amici e colleghi alla notizia della prima dose di vaccino somministrata?

«Ho ricevuto decine di telefonate sia da chi lavora in questo campo ma anche da parte di chirurghi e specialisti di altre discipline sia napoletani che residenti in altre città. Su internet poi e sui social sono centinaia le testimonianze di stima e di apprezzamento. Fa piacere, è innegabile, è un motivo di orgoglio e di spinta ad andare avanti su questa strada. Mi hanno chiamato anche il governatore De Luca e Clemente Mastella, orgoglio sannita».

La sua famiglia partecipa alle sue conquiste professionali?

«Certo, ho sacrificato molto la famiglia per i miei studi: lavoro fino a sera tarda e sono spesso in viaggio ma mia moglie è una senologa e lavora al Pascale e dei miei due figli il primo Marco, che ha 23 anni, è uno studente a Medicina ed è molto interessato a quello che faccio. Poi c'è Luca

ha 21 anni studia Giurisprudenza e ha deciso che farà il giornalista. Dedico a loro in particolare questo risultato».

Cosa le ha detto il paziente che ha ricevuto il vaccino due giorni fa?

«È un medico originario delle mie terre. Ci siamo conosciuti e subito capiti. Avendo le competenze ha compreso subito cosa fosse quella nuova cura e non ha avuto esitazioni. Anzi era anche lui entusiasta. In medicina la competenza è una forma di rassicurazione. La scienza un conforto nella sofferenza. Molte delle incomprensioni che sorgono tra medico e paziente, anche alcune assurde aggressioni sono il frutto marcio della non conoscenza e della presunzione di sapere dopo aver letto qualche pagina su internet. Basta vedere cosa è accaduto con i vaccini durante il Covid».

A proposito di Covid, è servita la pandemia a migliorare questa tecnologia a Rna messaggero in campo oncologico?

«In effetti è il contrario: è la ricerca sul cancro, l'uso di questa strategia ad aver prestato le proprie conoscenze al Covid. Quando poi si è visto che il vaccino funzionava ed era efficace tutti siamo stati più consapevoli della formidabile arma che stavamo mettendo a punto».

Perché ha scelto di studiare il Melanoma?

«Perché è quello che secondo i primi pionieristici studi era quello che più di altri rispondeva alle cure immunologiche».

Quali passioni coltiva oltre a quelle scientifiche? Cosa fa per rilassarsi?

«Ascolto musica e vado in moto: ho una passione per le Harley Davidson».

Come è nata questa predilezione?

«Da giovane vedevo sempre una serie televisiva, Chips: pensavo che i protagonisti montassero delle Harley e così appena ho potuto ne ho comprata una».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MA LA GRANDE SODDISFAZIONE L'HO PROVATA UN ANNO FA IN OCCASIONE DEI PRIMI TEST



L'unione delle associazioni dei pazienti ha presentato in Senato un manifesto che vede tra i promotori OMaR, Havas PR, e Amylyx. Obiettivi: precocità dei percorsi diagnostici, ottimizzazione dell'assistenza e più ricerca per arrivare a una cura

Una Coalizione italiana contro la Sla

I calciatori Gianluca Signorini e Stefano Borgonovo con le loro storie hanno molto contribuito a far conoscere al grande pubblico la sclerosi laterale amiotrofica, una grave malattia rara neurodegenerativa della quale non si conoscono le cause e che purtroppo non ha ancora una cura.

Ma la comunità scientifica internazionale e quella italiana in particolare (siamo il quinto Paese al mondo come pubblicazioni scientifiche), è particolarmente vivace nella ricerca sulla SLA. Si spera dunque che da questi studi arrivino presto uno o più farmaci in grado di rallentare o bloccare il decorso di questa malattia, che evolve in genere nell'arco di appena 2-5 anni. Ecco perché i pazienti con SLA non possono attendere. Fondamentale è intanto garantire a queste persone, che in Italia sono circa 6.000 (per il 60% uomini), un'assistenza (in gran parte domiciliare) dignitosa e sostenere in questo difficile percorso le loro famiglie.

IL DOCUMENTO

A far luce sui tanti bisogni inespresi di questo microcosmo ha provveduto una ricerca condotta da Osservatorio Malattie Rare

(OMaR) i cui risultati sono stati condensati nel documento "SLA-Manifesto sui bisogni clinici insoddisfatti dei malati e delle loro famiglie", presentato in Senato nel corso di un evento, organizzato su iniziativa del senatore Francesco Silvestro in collaborazione con l'Osservatorio Malattie Rare (OMaR), Havas PR e l'Associazione di Iniziativa Parlamentare e Legislativa per la Salute e la Prevenzione. Alla stesura del "Manifesto", realizzato con il supporto incondizionato di Amylyx, hanno preso parte le principali realtà associative di settore: AISLA (Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica Onlus), ASLA (Associazione Sclerosi Laterale Amiotrofica), AssiSLA Onlus, Associazione conSLancio Onlus, Associazione Post Fata Resurgo ETS, Associazione Viva La Vita ODV ETS, Comitato 16 Novembre Onlus e Fondazione AriSLA - Fondazione Italiana di Ricerca per la SLA Sclerosi Laterale Amiotrofica ETS.

Una coalizione di associazioni pazienti che rappresenta il capitolo italiano della European ALS Coalition, che lo scorso settembre ha presentato al Parlamento europeo, un policy paper sulle priorità della SLA e le azioni da intraprendere, dall'ottimizzazione dei percorsi diagnostici, ad una migliore presa in

carico dei pazienti. La parola "assistenza" ha un peso centrale nel "Manifesto", ma altrettanto importante è affinare gli strumenti di diagnosi precoce (mancano biomarcatori specifici di malattia) e naturalmente arrivare ad una cura efficace, l'unmet need più scottante per migliorare la prognosi.

Ma intanto come sono gestite nel quotidiano queste persone? L'assistenza domiciliare è una delle chiavi del successo ma va declinata nel contesto di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale ben definito, che preveda una serie di visite a scadenza programmata, anche ricorrendo alla telemedicina. Al momento però, il sostegno all'assistenza domiciliare resta scarso e non è uniforme in tutto il Paese.

Spesso dunque gli oneri assistenziali, che sono ad alta intensità e complessità (soprattutto nelle ultime fasi le persone con SLA non possono mai essere lasciate sole, è necessario monitorare di continuo una serie di parametri e assisterli nell'alimentazione e nella respirazione) ricadono H24 sulle famiglie, con un carico di responsabilità e un impegno enormi.



Tra le richieste del "Manifesto" figura infatti anche quella di aumentare gli aiuti economici per i malati e le loro famiglie, anche attivando il fondo previsto dal Testo Unico sulle Malattie Rare. «Per una malattia come questa – affermano le associazioni – è importante agire su due fronti contemporaneamente: promuovere e finanziare la ricerca scientifica, per individuare le cause e i meccanismi biologici, così da giungere all'individuazione di una terapia efficace. E allo stesso tempo, garantire un'assistenza adeguata, con lo sviluppo di un percorso di cura e di assistenza personalizzato che accompagni le persone lungo tutta la traiettoria della malattia e che rispetti la loro centralità e unicità nei diversi setting di cura».

LE BARRIERE

Tra le altre richieste avanzate dalle associazioni figurano anche l'ottimizzazione della comunicazione medico-paziente, servizi di consulenza psicologica per pazienti e familiari e la rimozione delle barriere burocratiche, a partire dalla richiesta di invalidità.

«La richiesta pervenuta dai medici e dalle associazioni dei pazienti, per lo snellimento delle procedure e lo smaltimento degli arretrati per il riconoscimento dell'invalidità e l'assegnazione degli ausili a domicilio – afferma l'On. Annarita Patriarca, Promotrice Intergruppo Parlamentare per le Neuroscienze e l'Alzheimer – è comprensibile e certamente condivisibile. Siamo impegnati, come Governo e

Parlamento, su interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dei percorsi sanitari e autorizzativi, al fine di garantire ai pazienti e alle loro famiglie il sostegno e l'assistenza di cui necessitano, senza però dimenticare che il nostro servizio sanitario, pur con tutte le difficoltà di cui soffre, resta uno dei grandi pilastri del nostro tessuto sociale».

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'EVENTO ORGANIZZATO
SU INIZIATIVA
PARLAMENTARE
E LEGISLATIVA
PER LA SALUTE
E LA PREVENZIONE**

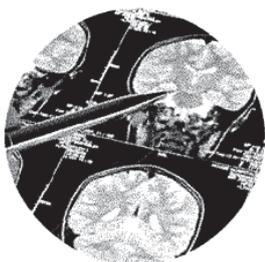
INUMERI

3

Gli stadi della malattia: iniziale, avanzato e finale

90%

I casi in cui la malattia non è legata alla trasmissione familiare



3

Le nuove diagnosi di Sla che si contano ogni giorno in Italia

50

L'età oltre la quale può comparire la malattia



L'idea La chirurgia senza radiazioni e bisturi con il braccio robot che guida gli ultrasuoni

Soundsafe Care nasce all'interno della Scuola Superiore Sant'Anna, quando due studenti, Andrea Mariani e Laura Morchi, forti di un'idea maturata nel corso del percorso accademico, gettano le basi di uno spin-off del loro progetto per continuare a fare ricerca e attrarre fondi, con l'obiettivo di lavorare nell'ambito della tecnologia medica.

IL DISPOSITIVO

L'idea? Combinare due tecnologie: robotica e ultrasuoni. Da qui lo sviluppo di un dispositivo che permette di trattare in modo localizzato il tessuto corporeo oggetto dell'intervento, senza effetti collaterali nei tessuti adiacenti. Il primo nemico da combattere è il tumore, usando gli ultrasuoni sulla parte da trattare, senza eseguire alcuna incisione e senza provoca-

re effetti tossici.

Il device realizzato da Soundsafe Care, di fatto, è un braccio robotico che il medico può direzionare e puntare con precisione. Lo strumento automatizzato agisce sulla zona malata, su cui gli ultrasuoni producono l'ablazione del tessuto e la conseguente necrosi cellulare. La tecnologia degli ultrasuoni consente di eseguire trattamenti chirurgici privi di incisioni e senza l'utilizzo di radiazioni ionizzanti, mentre la robotica migliora l'applicazione in ambito chirurgico.

LA VETERINARIA

Il posizionamento preciso, infine, riduce i tempi di trattamento, garantendo maggiore sicurezza nell'intervento. Dopo diversi anni di ricerca, Soundsafe Care ha allargato il suo raggio di utilizzo anche agli animali, con applicazioni della tecnologia alla medicina veterinaria. Gli ultrasuoni focalizzati, infat-

ti, offrono il vantaggio di non essere invasivi, riducono il rischio di infezione, eliminano la necessità di punti di sutura e l'uso del fastidioso collare elisabettiano.

Paolo Traversi

▷ RIPRODUZIONE RISERVATA

Sopra, il braccio robotico guidato dal medico. A destra, il team della startup Soundsafe Care.



“ L'intervista Nicola Ticozzi

«L'approccio multidisciplinare allunga la vita e la migliora»

Le persone con la Sla attendono ancora una cura, ma le ricerche fervono in questo campo e l'Italia ha tanti esperti, come il professor Nicola Ticozzi, dell'Università degli Studi di Milano, Irccs Istituto Auxologico Italiano e coordinatore del gruppo di studio malattie del motoneurone della Società Italiana di Neurologia.

Che tipo di patologia è la Sla?

«È una malattia neurodegenerativa che colpisce i motoneuroni, le cellule del cervello e del midollo spinale che comandano i movimenti dei muscoli. La morte di queste cellule porta a una progressiva paralisi della muscolatura volontaria che per il paziente significa impossibilità di muoversi, di parlare, deglutire e, nelle ultime fasi, anche di respirare in autonomia».

La Sla è una malattia unica?

«No, esistono diverse forme di Sla, almeno 7-8 diverse, ognuna con una prognosi diversa. La Sla classica ha un'aspettativa di vita di 2-5 anni, le forme "bulbari" hanno una progressione più rapida, mentre la sclerosi laterale primaria può avere una sopravvivenza media superiore a 10-15 anni. La diagnosi di Sla è clinica. Ecco perché è essenziale che il

paziente sia valutato da un neurologo esperto. Spesso invece i pazienti vedono 3-4 medici prima di ricevere la diagnosi e sono spesso specialisti di altri settori, come ortopedici, otorinolaringoiatri, fisiatri o neurochirurghi».

In Italia i centri di eccellenza per la Sla sono ben distribuiti?

«Abbiamo un elevato numero di centri Sla, distribuiti in tutta Italia, anche se ci sono aree più scoperte al Centro-Sud. Nella ricognizione fatta dalla coalizione europea, l'Italia risulta ben posizionata rispetto ad altri stati membri dell'Ue».

Cosa si può fare per migliorare la vita dei pazienti?

«Una presa in carico multidisciplinare allunga in maniera significativa la vita di questi pazienti e ne migliora la qualità. Fornire un'assistenza adeguata può realmente fare la differenza per i pazienti e i caregiver. Per incidere in modo significativo sulla prognosi, attendiamo gli sviluppi delle ricerche sui nuovi farmaci, come quelli per le forme genetiche di Sla, che riguardano il 10-15% dei nostri pazienti».

Le nuove terapie?

«Si stanno indagando vari approcci di terapia genetica per cercare di correggere queste

mutazioni o i loro effetti. Per le mutazioni del gene SOD1 c'è già un farmaco che viene utilizzato in un programma di accesso anticipato. Per quanto riguarda la maggior parte dei pazienti con Sla "sporadica", senza mutazioni genetiche, sono in sviluppo diversi farmaci che impediscono l'aggregazione della proteina TDP43 all'interno dei motoneuroni, che avviene in tutti i pazienti. Alcuni di questi farmaci sono già in sperimentazione clinica».

M. R. M.

» RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL COORDINATORE
DEL GRUPPO DI STUDI
DELLA SIN:
SONO IN FASE
DI SVILUPPO
NUOVI FARMACI**



Nicola Ticozzi, professore dell'Università degli Studi di Milano, Irccs Istituto Auxologico Italiano



26 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Neoplasie del sangue: più guarigioni e cronicità, Regioni in ritardo sulle reti oncoematologiche

Neoplasie ematologiche: sono il 10 per cento di tutti i tumori. Oggi oltre 300.000 persone vivono con diverse forme di leucemia o dopo una diagnosi di linfoma di hodgkin o non hodgkin e nel 2023 si sono registrate 24.000 nuove diagnosi solo per leucemie e linfoma non hodgkin (I numeri del cancro, 2023).

L'ultimo Piano oncologico nazionale (2023-2027) dichiara che "Il cancro è la patologia cronica potenzialmente più prevenibile e oggi anche più "curabile", dedica un paragrafo ai tumori onco-ematologici sottolineando che rivestono un ruolo di primo piano nel SSN. In ambito onco-ematologico esistono neoplasie come la leucemia linfatica cronica o la leucemia mieloide cronica in cui il concetto di cronicità è già esplicitamente espresso con il "nome della patologia". Sono anche tra le neoplasie ematologiche in cui i traguardi scientifici raggiunti, grazie alla ricerca, hanno modificato radicalmente i percorsi di cura, l'aspettativa di vita (che nella maggioranza dei casi può raggiungere quella della popolazione non malata) e le esigenze di presa in carico.

Prendendo ad esempio la Leucemia Linfatica Cronica, forma di leucemia più frequente negli adulti in occidente e tipica dell'età più avanzata, il 40% delle diagnosi è effettuato oltre i 75 anni.

Ma l'Istituto Superiore di Sanità sottolinea come possa "essere molto difficile affrontare una diagnosi di leucemia linfatica cronica, sia dal punto di vista pratico che emotivo e che la malattia generalmente ha una progressione molto lenta e può essere curata e mantenuta efficacemente sotto controllo molto a lungo".

Il Piano Oncologico Nazionale individua la risposta alla complessità nelle reti cliniche e come indicatore di monitoraggio specifico per l'oncoematologia la "Presenza formale di reti oncoematologiche regionali". Tuttavia, se in onco-ematologia si prospetta lo stesso percorso sviluppato per quelle oncologiche, tempi e risultati possono essere lunghi e non scontati ed è necessario tener conto che debbano essere progettate come nodi di un'unica rete (almeno) nazionale per assicurare l'omogeneità sia nell'approccio diagnostico che nell'erogazione delle terapie e nel monitoraggio della patologia, mantenendo basso l'impatto logistico ed il costo (attraverso, ad esempio, l'impiego di strutture di riferimento interregionali laddove non sia necessario replicarne oltre un certo numero per assicurare efficienza e qualità).

I servizi presenti, i costi e l'approccio multidisciplinare

A prendersi cura delle persone con neoplasie ematologiche sono oltre 100 centri

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



ematologici (la Fondazione GIMEMA - Gruppo Italiano Malattie EMatologiche dell'Adulto che promuove, gestisce e coordina protocolli di ricerca clinica indipendente sulle malattie del sangue - ne annovera poco meno di 150), diffusi sul territorio nazionale con una lieve maggiore concentrazione in alcune regioni del nord insieme a Lazio e Sicilia. Il Piano Oncologico sottolinea che "eterogenea è la situazione relativa alle strutture e ai servizi con compiti di supporto diagnostico e terapeutico ai centri clinici ematologici sul piano della distribuzione territoriale, della dotazione strumentale e dei livelli qualitativi delle prestazioni, dei reparti di radiodiagnostica, radioterapia, laboratori di citometria, citogenetica e biologia molecolare".

Un recente studio di Altems, l'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sull'approccio multidisciplinare in alcune neoplasie ematologiche croniche come Macrolobulinemia di Waldenström e dalla Leucemia linfatica cronica ha dimostrato che il team multidisciplinare si è dimostrato cruciale per seguire il paziente in modo più completo durante il percorso di cura e per assistere l'ematologo nella gestione delle comorbidità.

Il peso economico totale stimato da EEHTA-CEIS, -Facoltà di Economia Università degli studi di Roma Tor Vergata, per le due patologie è pari ad oltre 317,5 milioni di euro annui, circa 256 milioni annui dovuti alla LLC e circa 62 alla Waldenström. In altre parole, una media per paziente di oltre 41mila euro. L'82% è riferito a costi diretti; il 18% a quelli indiretti (prestazioni previdenziali e assistenziali erogate ai pazienti, anche attraverso indennità di accompagnamento e invalidità o giorni di lavoro persi di paziente o caregiver).

La necessità di istituire le reti oncoematologiche è più recente rispetto a quelle oncologiche, previste in uno specifico documento del 2014 "Linee guida per l'implementazione delle reti oncologiche" e del più recente aggiornamento nel 2019 che spiega come la "Formazione di Rete rappresenta un obiettivo prioritario, con particolare riferimento alle modalità di lavoro multi-professionale e multidisciplinare, all'integrazione ospedale-territorio, alle azioni di supervisione e tutoraggio dei nuovi assunti e all'utilizzo di audit clinico e training strutturati". È opportuno sottolineare che da oltre 40 anni sono operative in Italia reti ematologiche nazionali, attraverso l'implementazione delle cosiddette "reti di professionisti": GIMEMA, per tutte le leucemie acute e croniche dell'adulto (operante dal 1982), AIEOP (per tutte le neoplasie pediatriche), FIL (per tutti i linfomi dell'adulto), GITMO (per il trapianto di cellule staminali), per assicurare omogeneità di percorsi diagnostici e terapeutici in Italia, secondo gli approcci più innovativi su scala mondiale.

La situazione delle reti oncologiche e oncoematologiche nelle Regioni

Stando però al monitoraggio Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ancora in sette Regioni nel 2022 non è stato formalizzato con atto regionale il coordinamento funzionale della rete tumori rari (tumori oncoematologici rari, pediatrici, solidi dell'adulto) con la Rete oncologica regionale: Basilicata, Calabria, Lazio, Lombardia, Molise, Sicilia, Umbria.

Secondo Agenas, le reti oncologiche regionali (ROR) possono contare su un piano economico-finanziario per assicurare la continuità operativa della rete in sole cinque regioni (Campania, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto); integra le sue attività con la rete territoriale come da DM 77 in sole 13 Regioni (manca in Basilicata, FVG, Marche, Molise, PA Bolzano, Puglia, Sicilia, Umbria); quota parte del tempo dei professionisti per le specifiche attività di rete è formalmente dedicata all'aggiornamento professionale e/o collaborazione con centri ad alta specializzazione solo in 9 Regioni (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto) e solo in 7 di queste partecipano alle attività di equipe itineranti (Campania e Lombardia non lo prevedono); in 13 regioni il coordinamento della ROR non ha definito indicatori e strumenti per misurare il raggiungimento degli obiettivi (monitoraggio).

I problemi da risolvere e le soluzioni necessarie

A oggi lo stato dell'arte in Italia, ricostruito dall'Osservatorio Salutequità, mostra che le reti ematologiche/oncoematologiche formalizzate sono presenti in nove Regioni: Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia. “Tra i principali problemi da affrontare – spiega **Tonino Aceti**, presidente di Salutequità – c'è la gestione delle neoplasie ematologiche, soprattutto nell'anziano, e la presenza di comorbidità, fragilità e necessità di personalizzazione delle scelte terapeutiche che sono condizionate da valutazioni logistiche e che richiedono una forte collaborazione tra i diversi professionisti, non solo per specialità, ma anche ospedale-territorio, così come socio-sanitaria”.

“È necessario poi – aggiunge **Marco Vignetti**, presidente Fondazione GIMEMA Franco Mandelli onlus - lavorare sulla necessità di garantire e mantenere un equo accesso ai centri di eccellenza nelle strutture e servizi con compiti di supporto diagnostico e terapeutico ai centri clinici ematologici, necessari per diagnosi e controllo di molte patologie, attraverso l'investimento e l'istituzionalizzazione delle reti ematologiche sia diagnostiche (quali Labnet, che permette da oltre 10 anni di offrire a tutti i pazienti lo stesso percorso di diagnosi e di monitoraggio molecolare) che terapeutiche, in coordinamento con l'attuazione delle reti ematologiche regionali, che non devono diventare un percorso destinato a cancellare l'eccellenza esistente, ma anzi devono rappresentare l'occasione per “sfruttarla” e per valorizzarla.

“Soprattutto però – conclude Tonino Aceti - il Piano Nazionale della Cronicità deve iniziare ad occuparsi anche di neoplasie ematologiche croniche, disegnando un modello di presa in carico della dimensione di cronicità che le caratterizza e descrivendo obiettivi e indicatori di misurazione. A oggi né il Piano oncologico nazionale, né quello delle cronicità prevedono indicatori specifici per la capacità di presa in carico di tali patologie, nonostante la cronicità in oncologia sia prioritaria e diversa dalla lungo sopravvivenza. E sappiamo già che ci troveremo a fare i conti con carenze specialistiche, se non si invertirà la tendenza registrata quest'anno con il 37% di non immatricolati nella scuola di specializzazione in ematologia”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

26 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Vulvodinia: ne soffre 1 donna su 7, guarire si può ma medici e Ssn finora l'hanno ignorata. Una legge garantisca l'accesso alle cure

di *Filippo Murina* *

La vulvodinia, dolore cronico alla vulva della durata di almeno 3 mesi, è una condizione ancora poco conosciuta dagli stessi medici che, considerandola difficile da affrontare, la trascurano oppure tendono a liquidarla come "psicogena" e, quindi, di competenza dello psicologo. Al contrario, è un disturbo con solide basi biologiche, di competenza medica, a cui occorre dare dignità di malattia.

Più frequente di quanto si pensi, interessa dal 10 al 18% delle donne e si manifesta in ogni etnia e in diverse fasce d'età, concentrandosi soprattutto tra i 20-40 anni. Nonostante sia così diffusa, la vulvodinia può rimanere a lungo non diagnosticata e non curata. Affette da una malattia "invisibile", le pazienti restano imprigionate in un calvario fisico ed emotivo invalidante, che ostacola la sfera relazionale, i rapporti sessuali, gli studi e l'attività lavorativa, con in più l'aggravante di essere considerate ipocondriache o affette da disturbi psicologici.

Attualmente, la vulvodinia non è inclusa nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), il che si traduce nell'assenza di esenzione per patologia, nella non copertura di tutta una serie di trattamenti e nella mancanza di centri ad hoc, in ambito di sanità pubblica, capaci di affrontare il problema. Molte donne sono costrette a intraprendere costose trasferte per l'assenza sul territorio di specialisti opportunamente formati. Inoltre, poiché la malattia, ad oggi, non è riconosciuta dal Servizio sanitario nazionale, numerose pazienti per motivi economici rinunciano totalmente o parzialmente alle terapie, che si svolgono prevalentemente in regime privatistico.

Per cambiare la situazione e affermare il diritto alla salute di chi soffre di questa patologia, il Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo ha redatto una proposta di legge che prevede una serie di azioni, tra le quali: il riconoscimento della vulvodinia nell'ambito delle malattie croniche e invalidanti e il suo inserimento nei Lea; la creazione, in ogni Regione italiana, di almeno un centro specializzato nella cura della vulvodinia, in grado di assicurare una presa in carico multidisciplinare; l'istituzione di una Commissione nazionale che stili delle linee guida per diagnosi e cura. Depositata alla Camera il 28 marzo 2022 e al Senato il 16 aprile 2022 con le firme di quasi tutti i gruppi parlamentari, la proposta di legge è stata anche presentata ufficialmente a Montecitorio il 3 maggio dello stesso anno. Sarebbe cruciale far ripartire l'iter per la sua approvazione e rendere, così, le cure davvero accessibili su tutto il territorio nazionale. Anche perché guarire dalla vulvodinia è possibile. Servono più medici che conoscano e



siano in grado di gestire questa condizione e un approccio terapeutico appropriato, non riducibile a una singola visita o a una prescrizione estemporanea. Dato il carattere multifattoriale della patologia, la terapia richiede un percorso che spesso deve essere multidisciplinare, con l'intervento, oltre che del ginecologo, anche dell'ostetrica, dell'osteopata, del gastroenterologo e del nutrizionista (per eventuali implicazioni a carico del tratto digerente), del neurologo, dell'urologo, del fisioterapista, dello psicossessuologo o dello psicoterapeuta. Di conseguenza, la strategia di cura dovrebbe essere multimodale, ossia avvalersi dell'uso di più strumenti terapeutici, in modo coordinato: prodotti topici, farmaci per via orale, trattamenti fisico-riabilitativi, infiltrazioni di anestetici o antinfiammatori, tecniche strumentali quali elettrostimolazione, radiofrequenza e laser, psicoterapia, dieta, norme di comportamento.

Le possibilità sono tante e ne sono in arrivo anche di nuove. Uno studio clinico appena pubblicato, ad esempio, ha dimostrato come un gel per uso topico a base di spermidina, veicolata da acido ialuronico, sia in grado di ridurre il dolore vestibolare (il tipo più frequente di vulvodinia) del 76% e di alleviare il disagio durante i rapporti sessuali (dispareunia) del 50%, in assenza di effetti collaterali. Risultati promettenti, quindi, nell'ambito di un approccio multimodale e con la necessità di selezionare accuratamente le pazienti che possono trarne beneficio, in base alle loro caratteristiche e alla tipologia di malattia.

Concludendo, è importante ribadire che oggi abbiamo la possibilità concreta di migliorare la qualità di vita delle donne con vulvodinia ma non esiste una cura "standard", adatta a qualunque paziente, perché ogni caso è complesso e investe diversi fattori. Occorre studiare uno specifico percorso di cura in cui la combinazione delle diverse opzioni terapeutiche venga definita sulle esigenze e le peculiarità di ogni singola donna.

** Direttore scientifico dell'Associazione italiana Vulvodinia Onlus, Responsabile Servizio di patologia del tratto genitale inferiore presso l'Ospedale V. Buzzi – Università di Milano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

Suicida in Svizzera, la rabbia del marito “Dalla clinica solo una mail dopo la morte”

La famiglia aveva allertato la struttura sullo stato della donna scossa per la perdita del figlio. «Come unica risposta un messaggio finito nello spam»

di **Luca Monaco**

TORINO – Marta aveva 55 anni, una famiglia, un impiego di prestigio in ambito scientifico a Torino e nessun problema fisico. Nessuna malattia degenerativa. Eppure, il 12 ottobre scorso, Marta è morta in una clinica svizzera ricorrendo al suicidio assistito. Ha raggiunto di nascosto da tutti i suoi amici e parenti un centro medico a 15 minuti dal cuore di Basilea ed è andata volontariamente incontro alla morte. La clinica ha avvisato la famiglia solo a cose fatte, con una mail finita nello spam della cassetta di posta elettronica del marito. Alcuni giorni più tardi l'uomo ha ricevuto a casa l'urna con le ceneri.

È tutto quello che resta di Marta. Nessuno dei suoi cari ha avuto la possibilità di darle un ultimo saluto. Cosa forse più grave, tre mesi prima i familiari avevano scoperto che Marta aveva avviato i contatti con quella clinica, ma nessun responsabile della struttura aveva accettato di parlare con loro. Il marito e la sorella avrebbero voluto spiegargli che Marta a gennaio 2023 aveva perso il figlio adolescente, ucciso da una malattia degenerativa e che questo l'aveva sprofondata nella depressione, ma aveva iniziato a farsi seguire da uno psichiatra: «Eravamo fiduciosi che si sarebbe ripresa», assicurano i familiari. Nessuno li ha voluti ascoltare. E per questo Marta è stata aiutata a morire.

Per farlo le è stato sufficiente pagare 10mila e 700 euro e presentare all'associazione con sede a Basilea il certificato di nascita, di residenza, quello di matrimonio e il passaporto. A tutto il resto ha pensato la struttura fondata nell'agosto del 2019 da medici, avvocati e professionisti delle scienze sociali che si vantano di

aver aiutato a morire, nel 2018 (prima di costituire l'associazione), l'ecologo australiano David Goodall: «Aveva 104 anni – ricorda l'associazione – e la sensazione di aver vissuto troppo».

Non era certo il caso di Marta, almeno secondo l'opinione del marito. L'uomo, un professionista residente in Canada per lavoro, si interroga «su quanto sia giusto che i familiari siano del tutto esclusi dalle azioni che questi enti compiono nel processo di formazione e consolidamento della volontà suicida del proprio congiunto». Perché la filosofia che ispira l'associazione è netta: «Il desiderio di una morte assistita dignitosa» che può animare una persona, spiegano sul sito, «non dipende esclusivamente dalla presenza di una malattia terminale. Possono influire anche la vecchiaia e la scarsa qualità della vita».

Marta aveva un ottimo lavoro, una bella casa a Torino, un marito e affetti solidi. Il dolore per la scomparsa del figlio adolescente, che aveva seguito fino all'ultimo giorno, l'aveva provata, ma la donna aveva iniziato una terapia di sostegno. Il 12 ottobre la sua vita si è interrotta. Per i suoi cari lo shock è stato doppio: nessuno glielo ha comunicato. Hanno dovuto arrivarci quasi per deduzione, incrociando indizi, messaggi anonimi, fino a ripercorrere il filo che da Torino li ha riportati alla clinica della morte a Basilea.

Lì, dove erano stati pochi mesi prima. «Già a luglio – ricostruisce il marito – mia cognata aveva scoperto che Marta stava andando in una clinica svizzera nella quale si pratica il suicidio assistito». Allarmata, tutta la famiglia si è precipitata a Basilea. «Abbiamo raggiunto Marta – aggiunge – e l'abbiamo fatta ragiona-



re. Ci aveva tranquillizzati, assicurandoci di aver accantonato l'idea». Dopodiché abbiamo «scritto all'associazione spiegando che mia moglie aveva subito un grave lutto, che stava passando un periodo di depressione e che chiedevamo di poter essere messi in contatto con la figura che la stava seguendo nel percorso di suicidio assistito. Non abbiamo mai ricevuto risposta».

Il 12 ottobre, un'ora prima della morte, il suo avvocato riceve un sms da un numero anonimo, con le ultime volontà. «Per favore, vai a casa, stacca le utenze, regala i miei vestiti in beneficenza e affida a mio marito l'urna con le ceneri di nostro figlio». La richiesta ha allarmato il professionista, che ha allertato il marito in Canada e poi è corso dalle autorità italiane a sporgere una denuncia di scomparsa. Solo ore più tardi il marito si è accorto che nella casella di posta indesiderata della sua mail c'era il messaggio che annunciava il decesso di sua moglie. «Non mi è stato permesso di vedere il corpo prima della cremazione – denuncia l'uomo – ho ricevuto a casa l'urna con le sue ceneri e uno scarno certificato di morte sul quale non sono indicate le cause». La scomparsa di Marta nella clinica svizzera è stata accertata dalle autorità italiane. «Al netto del nostro dolore personale – ragionano i familiari – ci chiediamo quanto sia giusto tutto questo».

I punti

1 In Svizzera
Il codice penale svizzero consente il suicidio assistito. Ma la persona che lo richiede deve essere capace di intendere e di volere e deve azionare da sola il macchinario. Non è obbligatoria la presenza di medici

2 In Italia
In Italia l'eutanasia è illegale. Con la sentenza della Consulta 242 del 2019 è possibile richiedere il suicidio medicalmente assistito, manca però una legge che disciplini la materia

3 Il caso del Veneto
Il 16 gennaio il Veneto ha bocciato il progetto di legge Coscioni: fissa a 30 giorni il limite per rispondere alle richieste dei malati terminali. Decisiva l'astensione di Anna Maria Bigon (Pd)



▲ **La fiaccolata** Una manifestazione dei mesi scorsi a Bologna per il fine vita



Disforia di genere, genitori in rivolta “Non ostacolate chi cura i nostri figli”

La protesta delle famiglie dopo l'ispezione ordinata dal ministero al Careggi di Firenze
“Il bambino sarebbe stato travolto dalla pubertà, qui ha trovato ascolto e comprensione”

NADIA FERRIGO

«Il problema non è il Careggi, il problema è che c'è solo un Careggi». Nell'ispezione dell'ospedale fiorentino ordinata dal ministro della Salute Orazio Schillaci per verificare i «percorsi relativi al trattamento dei bambini con disforia di genere e all'uso del farmaco triptorelina», mancano parecchie voci. Sono quelle delle famiglie che da tutta Italia, una o due o più volte al mese, accompagnano i figli in un percorso che nelle altre città italiane non esiste. Che vuol dire disforia di genere? Più o meno verso i tre anni la maggior parte dei bambini e delle bambine è consapevole del proprio sesso biologico. Ma capita, e sempre è capitato, che alcuni non si sentano “a loro agio” nel loro corpo o che manifestino il desiderio di identificarsi in un genere diverso.

Lo raccontano bene, metà ciascuno e con una voce sola, A. e F., i genitori di Milo. «Nostro figlio è nato biologicamente femmina. A quattro, cinque anni, ci diceva: io sono un maschio. Una volta il fratello gli disse: no, tu sei una bambina. I suoi occhi si sono riempiti di lacrime. Un'altra l'abbiamo vestito per una festa, in ghingheri, si è nascosto in bagno e ne è uscito mezzo nudo. Alle elementari l'ha detto prima alle maestre, poi a noi: sono un maschio, lo dovete capire. Loro lo sanno, tu no».

Che si fa, dove si va, quan-

do ai tuoi figli capita qualche cosa che nemmeno tu sai spiegarci? «Siamo andati dalla psicologa della scuola, poi da un'altra, in totale quattro prima di arrivare al Careggi e tutte hanno detto lo stesso: perché ce lo portate? Questo bimbo sta benissimo, è sereno, sa chi è e quello che vuole». Sta bene, ma poi? Cosa succede quando il corpo cambia? «Dopo otto anni seguiti dall'équipe multidisciplinare del Careggi è arrivato il momento di affrontare la pubertà. Ci hanno spiegato cosa sono e come funzionano i bloccanti, abbiamo discusso la terapia con nostro figlio e al momento giusto, valutato dagli endocrinologi, l'abbiamo iniziata».

Nel 2022 il Centro regionale per l'incongruenza di genere ha registrato 60 accessi e 18 prescrizioni per il trattamento farmacologico. Nel 2023 i numeri sono saliti rispettivamente a 150 e 26. L'età media di chi accede al servizio è 14,8 anni, di chi riceve il farmaco 15,2.

Il trattamento farmacologico che ha allarmato il capogruppo in Senato di Forza Italia Maurizio Gasparri, tanto da spingerlo a chiedere un'interrogazione parlamentare per «tutelare i bambini e le famiglie» da terapie assegnate «con leggerezza» e senza un percorso psicologico adeguato, è basato sulla triptorelina, farmaco bloccante usato nei casi di pubertà precoce che permette di “mettere in pausa” alcuni aspetti della cresci-

ta puberale come lo sviluppo del seno e dei testicoli, la peluria, il ciclo mestruale.

«A Gloria gli endocrinologi hanno detto di no ai bloccanti, non è ancora nella fase puberale adeguata e c'è tempo. È una buona notizia, nessuno dà a cuor leggero delle terapie ai propri figli, ma cosa pensano al ministero, che siamo pazzi?» sbotta N., la mamma. Sua figlia ha undici anni, a tre e mezzo le disse che aveva sbagliato nella pancia, che lei doveva avere la patatina e non il pisellino, magari poteva tornare dentro e poi uscire giusta? Gloria da sempre ama il rosa, le bambole e le gonne,

suo fratello la chiamava «mia sorella Fabiano». Ora non c'è più bisogno, perché a casa a scuola e ovunque la chiamano Gloria.

«Milo è un ragazzo sereno e fortunato. La pubertà l'avrebbe travolto, con la carriera alias ottenuta a scuola già in terza elementare e la terapia si sente a suo agio con il suo corpo – spiegano i suoi genitori, sempre un po' ciascuno.

Al Careggi tanti sono arrivati con il passaparola, soprattutto grazie al lavoro dell'associazione GenderLens, che si occupa di minori con «un genere creativo» e si fa carico dei dubbi e delle paure dei genitori. «Nata biologicamente maschio, mia figlia si è sempre identificata con un genere femminile» racconta G. «Abbiamo iniziato il percorso



con il Regina Margherita di Torino, quattro anni fa. Per un anno ha seguito test psicologici e psichiatrici. Mi hanno detto che stava bene, serena, equilibrata». E quindi? «Nulla. Valutato il grado di sofferenza psichica e accertato non ci fossero concomitanti patologie psichiatriche, il percorso si interrompe. Così abbiamo chiesto un primo colloquio a Firenze, dato in tre mesi. Siamo stati fortunati, c'è la coda. Lì abbiamo iniziato un percorso psicologico, come a Torino, ma con un'impostazione opposta: credo in quel-

lo che stai dicendo e ti accompagno. A Torino, era più un "decido io se quello che stai dicendo è vero oppure no, me lo devi dimostrare". Come? Con il dolore. Ma se si potesse evitare, questo dolore?».

«Quello di Milo è un percorso, questo è solo un pezzo. Sarà lui a decidere come affrontare la sessualità, se cambiare sesso oppure no. Non ci sono risposte preconfezionate - continuano i suoi genitori -. Siamo tutti arrabbiati, delusi, frustrati. Nessuno ha pensato potesse essere interessante sentire che avevamo da dire. L'interrogazione parlamenta-

re andrebbe fatta perché di centri così in Italia non ce ne sono. Noi siamo stati fortunati, abbiamo il tempo e la disponibilità per viaggiare ogni mese. Ma gli altri?».—

**“Nata maschio,
mia figlia si è sempre
identificata con
il genere femminile”
“Siamo andati prima
dalla psicologa
della scuola, poi da
un'altra, quattro in tutto**

A.E.F.
GENITORI
DI MILO



Nostro figlio è solo biologicamente femmina. A cinque, sei anni, lo diceva: io sono un maschio

S.E.T.
GENITORI
DI ANDREA



Il nostro è un ragazzo sereno e fortunato. Con la terapia si sente a suo agio con il suo corpo

Metodi discussi

Una manifestazione a difesa dei diritti di genere. I metodi terapeutici usati all'Ospedale Careggi per la disforia di genere sono al centro di discussioni, di un'ispezione ministeriale e di un'interrogazione parlamentare firmata da Gasparri (Fdi)

Le tappe

1

Casi triplicati

Al Centro regionale per l'incongruenza del Careggi di Firenze si è registrata un'impennata degli accessi dal 2022 al 2023, giunti a 150. La disforia di genere rientra fra i disturbi alla base delle richieste

2

L'interrogazione

Il capogruppo in Senato di Forza Italia Maurizio Gasparri presenta un'interrogazione parlamentare per «tutelare i bambini e le famiglie» rispetto alla triptorelina, trattamento farmacologico bloccante

3

Carenza di strutture

Le famiglie dei bambini affetti da disforia di genere di tutta Italia lamentano la mancanza di strutture specializzate che fa sì che l'Ospedale Careggi resti l'unico del Paese capace di erogare le prestazioni del caso



PROVA SANITARIA

Snobbato il concorso per i camici bianchi

*Solo in 163 si presentano per il Pronto soccorso
Quelli risultati idonei sono appena 102
I posti disponibili messi a bando erano 152*

ANTONIO SBRAGA

••• A chi troppo e a chi (quasi) niente: da una parte trentamila aspiranti a caccia di una divisa e dall'altra solo poche decine in corsa per un camice bianco. È il volto bifronte dei nuovi concorsi, indetti per rimpinguare i posti vuoti negli organici della sanità laziale. Ora ci sono in "corsia" 2 veri e propri «concorso-ni»: sia per i 485 posti da operatori socio-sanitari (Oss), con ben 19.649 candidati appena ammessi alle selezioni, ma anche per i 271 posti da infermiere, con 9.938 aspiranti promossi alle prove orali. I due «concorsi», invece, sono solo a tre cifre. Il primo è quello per 152 medici nei Pronto Soccorso: all'inizio i partecipanti erano 163, «ciò significa che si è scongiurata l'ipotesi della mancata o sottodimensionata partecipazione», aveva esultato l'azienda capofila, l'Asl Roma 6. Però,

dopo l'esito delle prove orali, sono rimasti in graduatoria soltanto 102 candidati, pari ai due terzi del fabbisogno. E, siccome molti dei candidati in graduatoria già lavorano nei Pronto Soccorso del Lazio, il rischio è che si ridimensioni ulteriormente l'effetto-rinforzo, tanto atteso da 11 aziende (10 medici devono essere assegnati all'Asl Roma 1, 12 alla Roma 3, 15 alla Roma 4, 29 alla Roma 5, 4 al policlinico Tor Vergata, 5 al Sant'Andrea, 10 all'Ares 118, 10 all'Asl Viterbo, 10 a Latina, 12 a Frosinone e 35 all'Asl Roma 6). L'altro «concorso» riguarda, invece, 40 assistenti di area tecnica per il Servizio Numero Unico di

Emergenza (Nue) 112: sono stati ammessi 148 candidati nella graduatoria per il corso-concorso selettivo di formazione che partito il 15 e si concluderà il primo febbraio. Ma anche i due concorsi sono gestiti in forma aggrega-

*Valanga di candidati invece per altri maxi test
Diecimila infermieri in lista per 271 assunzioni
19mila ammessi per 485 operatori socio-sanitari*

ta: in quello per 485 Oss l'azienda capofila è il policlinico Tor Vergata, che effettuerà le selezioni con oltre 40 candidati per ogni singolo posto in palio. I 485 posti verranno così suddivisi: Ptv 120 Oss, Asl Roma 1 (30), Roma 2 (25), Roma 3 (25), Roma 4 (50), Roma 5 (40), Roma 6 (15), San Camillo-Forlanini (45), San Giovanni-Addolorata (30), Sant'Andrea (2), Umber-

to I (25), IFO-Regina Elena (15), Asl Frosinone (50) e Rieti (13). Mentre nell'altro maxi-concorso, quello per 271 posti da infermiere, l'azienda capofila è l'Asl Roma 2, che sta effettuando le prove con una media di oltre 36 candidati per ciascuno dei posti in palio. Nel novembre scorso l'azienda aveva convocato ben 19.260 «candidati ammessi con riserva» alle prove scritte. Dopo le quali si è dimezzata la platea, con 9.938 ammessi agli orali: le prove sono partite il 15 e andranno

avanti sino al prossimo 27 marzo. Per assegnare 30 infermieri sia al San Camillo che all'Umberto I, 15 a Tor Vergata e all'Ifo-Regina Elena. Poi 25 per le Asl Roma 2, 3, 4 e 5, 22 all'Asl Rieti, 20 a Latina, 19 a Frosinone e 10 all'Asl Roma 6. Andranno ad abbassare l'attuale età media degli infermieri, che nel Lazio (insieme alla Campania) è tra le più alte d'Italia. «Gli iscritti all'Ordine di Roma e Provincia sono 34.505. Di questi, 15.000 hanno più di 50 anni, vale a dire il 44,9 del totale. Il 28% degli iscritti sono addirittura ultracinquantacinquenni. L'età media di un infermiere romano è di 47 anni», quantifica il presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche, Maurizio Zega.

**Personale**

Carente quello nelle aziende ospedaliere laziali dove sussiste anche il problema di un'età media elevata

