

15 marzo 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

ARIS

15/03/2024

L'ALLARME

«Sanità, le nuove tariffe sono insostenibili»

Oggi Aris incontra il ministro Schillaci: vanno trovate soluzioni condivise, nell'interesse dei pazienti

ENRICO NEGROTTI

Si avvicina l'entrata in vigore del nuovo Tariffario per le prestazioni specialistiche e ambulatoriali, prevista per il prossimo 1° aprile, e il mondo della sanità privata accreditata è in fermento. Infatti se da un lato i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) approvati nel 2017 hanno introdotto nuove prestazioni a disposizione dei pazienti nel Servizio sanitario nazionale (Ssn), frutto di avanzamenti tecnico-scientifici, dall'altro la rimodulazione delle tariffe ha portato a una riduzione dei rimborsi riconosciuti per molte prestazioni. Che rischiano di mettere in crisi molte strutture, specialmente quelle non profit.

Di qui la protesta di diversi attori della sanità privata, in particolare da parte di coloro che, come l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), sono accreditati nel servizio sanitario pubblico, e hanno quindi gli stessi doveri, ma non possono contare sugli stessi finanziamenti. L'ultimo allarme è stato lanciato dal presidente dell'Aris, il camigliano padre Virginio Bebbler, che intravede grandi rischi per i pazienti dall'introduzione del nuovo Nomenclatore tariffario: «Le liste di attesa si raddoppieranno». Per questo oggi è in programma un incontro di una rappresentanza dell'Aris con il ministro della Salute Orazio Schillaci con l'intento di illu-

strare le ragioni della forti preoccupazioni della sanità non profit di area cattolica, che con le sue 262 strutture (con 40mila posti letto e 100mila dipendenti), garantisce tra i 10 e 12 milioni di prestazioni ambulatoriali l'anno, offrendo un apporto insostituibile al sistema sanitario pubblico. «Le tariffe - spiega Bebbler - ovvero quanto viene riconosciuto alle strutture che erogano gli esami, sono assolutamente inadeguate, irrealistiche e porteranno in futuro enormi problemi. Un esempio per capire meglio: le visite specialistiche (cardiologiche, ortopediche, neurologiche, ecc.) hanno una tariffa di 22 euro, cifra che è insufficiente a coprire i costi del medico specialista, del personale infermieristico, del servizio di prenotazione, delle utenze e delle pulizie. Ogni visita genera una perdita almeno di 25 euro. Sono molte le prestazioni che hanno tariffe che non coprono neanche i costi diretti di produzione, anzi, rispetto al tariffario precedente, si ha una riduzione complessiva del 30% (facendo il calcolo su tutte le prestazioni). In sintesi: è un sistema non sostenibile». Il rischio, quindi, secondo Aris è che l'abbassamento medio dei rimborsi - combinato con il tetto di spesa stabilito per le strutture sanitarie non profit - conduca a una riduzione del numero di prestazioni effettuate, e quindi a un allungamento delle liste d'attesa. Un altro possibile risvolto è che le Regioni con un bilancio più solido possano garantire meglio i rimborsi, a differenza di quelle in difficoltà finanzia-

ria (o in piano di rientro), generando così diseguaglianze nell'erogazione dei Lea. A essere preoccupati per il nuovo Nomenclatore tariffario sono anche i rappresentanti di altre categorie della sanità privata: ospedali for profit (Aiop), ambulatori, piccole industrie, che paventano possibili risvolti di natura occupazionale, se i tagli metteranno in difficoltà le imprese.

Il mese scorso, il ministro della Salute, Orazio Schillaci, precisando che il lavoro con le Regioni sul nuovo tariffario che risale al 2017 è ancora in corso, aveva ammesso: «C'è stato ovviamente un abbassamento del prezzo di alcune prestazioni, penso alla medicina del laboratorio o ad alcune prestazioni specialistiche». Ma aveva aggiunto che «ci sono dei fondi, soprattutto dall'anno prossimo, che possono essere utilizzati sia per introdurre le prestazioni, sia per aumentare il rimborso per alcune di queste che sono state limitate». Concludendo con l'invito a collaborare: «Siamo al tavolo con tutti i rappresentanti, anche soprattutto della medicina del laboratorio, per trovare delle soluzioni condivise, sempre nel primario interesse dei pazienti».

L'entrata in vigore del nuovo Tariffario il primo aprile rischia di creare un fronte polemico con il mondo della sanità privata accreditata

L'ECO DI BERGAMO

15/03/2024

«Ospedale, l'ottava Torre si farà Nel 2026 sarà aperto il cantiere

L'intervista. L'assessore al Welfare Bertolaso ieri al «Papa Giovanni» ha parlato del futuro della sanità bergamasca. «Intervenire sul disagio giovanile, servono reparti per adolescenti»

CARMEN TANCREDI

«**V**oglio sottolinearlo bene, mi raccomando, lo metta in evidenza: non sono tipo da fare promesse da marinaio». Esordisce così l'assessore regionale al Welfare Guido Bertolaso, interpellato dopo l'appuntamento di ieri all'Auditorium Parenzan dove ha incontrato, con il direttore generale del Welfare lombardo Marco Cozzoli, i sindaci e gli stakeholder del territorio per discutere dei progetti per la sanità bergamasca e presentare i nuovi vertici dell'Ats e delle Asst Papa Giovanni e Bergamo Ovest (lunedì sarà alla Bergamo Est).

Quindi assessore, c'è speranza che l'ottava Torre all'ospedale diventi realtà? La comunità bergamasca tiene molto a questo ampliamento.
«La risposta è sì. L'ottava Torre del «Papa Giovanni» si farà. L'intervento va inserito in un quadro che riguarda ulteriori grandi interventi che la Regione sta progettando per la sanità: si investiranno più risorse per i fragili e per le apparecchiature. L'ottava Torre di Bergamo in questo contesto ci sta».

I tempi?

«Mi auguro che entro il 2026 il cantiere possa essere avviato: ripeto, non faccio promesse da marinaio. Mi aspetto che l'Asst Papa Giovanni abbia un progetto pronto».

A proposito di investimenti: Il governo ha appena disposto in sede di decreto Pnrr la misura che prevede che per il riassetto degli ospedali non si possano più utilizzare i fondi del Piano complementare al Pnrr ma i fondi dell'edilizia sanitaria. Le Regioni sono sul piede di guerra, si parla di tagli per 1,2 miliardi. Cosa comporta tutto questo per la Lombardia? Le Case

e gli ospedali di Comunità in via di realizzazione subiranno una battuta d'arresto?

«Le Regioni hanno chiesto un confronto con il ministro Schilacci su questo punto. E la Lombardia ha già espresso un parere negativo. Anche se complessivamente non siamo toccati dalla misura, sempre che passi: i progetti per le Case e gli ospedali di Comunità sono ben avviati, abbiamo qualche ritardo per una decina di strutture, ma Bergamo è in linea con la tabella di marcia. Per il resto, personalmente, con un passato da responsabile della Protezione civile non posso certo pensare di non mettere a norma gli ospedali che hanno bisogno di ammodernamenti, non si discute. E con il Pnrr abbiamo a disposizione risorse importanti per innovare il sistema sanitario, più rispondente alle esigenze dei cittadini».

Liste d'attesa: i problemi ci sono, è innegabile. La Regione ha investito per aumentare gli slot e offrire più prestazioni e un più facile accesso a visite ed esami. Ma le segnalazioni di disservizi sono quotidiane. Come se ne esce?

«Il nodo è la necessità di una nuova organizzazione. Non è un problema economico: prevediamo ulteriori investimenti, per aumentare slot e incentivare il personale. Gli sforzi sono stati notevoli e i numeri ce ne danno riscontro: sono state effettuate 700mila prestazioni in più, e i valori dell'offerta sono cresciuti fino all'8 per cento. La strada da percorrere è il Cup unico, l'obiettivo è consentire che tutti abbiano la possibilità di ottenere le visite o gli esami prescritti. E per questo serve un coordinamento e una condivisione di tutti gli ospedali, pubblici e privati, che devono mettere a disposizione il 100% dei loro slot in

agenda per il Cup unico. La Regione ha appena chiuso il bando di gara per il sistema informatico del Cup unico, l'assegnatario è un Rit, raggruppamento temporaneo di imprese con prima mandataria Engineering Ingegneria informatica Spa».

I tempi per il Cup unico?

«Non è cosa semplice né rapida: il sistema deve dialogare con tutti i sistemi in uso attualmente negli ospedali. In Lombardia abbiamo già 12 Asst con sistemi compatibili: partiremo con una sperimentazione a Brescia, e l'inserimento anche di almeno tre realtà private, poi credo sia ragionevole affermare che al massimo entro il 2025 si potrebbe cominciare ad andare a regime, con la messa in condivisione di tutte le agende».

Ci sono vincoli per quelle Aziende che non metteranno a disposizione tutte le agende per tutte le prestazioni?

«Sono già previste penalizzazioni, con sanzioni».

Si teme che le liste d'attesa possano allungarsi anche per l'introduzione del nuovo tariffario dal 1° aprile, con un taglio dei rimborsi da parte del Servizio sanitario nazionale per molte prestazioni. Aiop, l'ospedale privata, ha espresso preoccupazione, per Aris, l'ospedale di area cattolica, i pazienti non dovrebbero soffrire impatti dai tagli.

«Rimarco che la Regione si è spesa per ridurre l'impatto del nuovo tariffario. In teoria, inoltre, gli ospedali con queste nuove tariffe dovrebbero puntare a garantire maggiori offerte di prestazione, e quindi il cittadino dovrebbe averne vantaggi».

Liste d'attesa e carenza di medici vanno a braccetto.

«La carenza di medici specialisti in ospedale andrebbe affrontata con una rivoluzione culturale: ai nuovi medici dobbiamo garantire la giusta remunerazione e la possibilità di lavorare senza timore di aggressioni. La riforma in atto per i Pronto soccorso sono certo che invoglierà più giovani a operare nel settore, bellissimo, dell'Emergenza e urgenza. E la Regione metterà in campo risorse per il personale. Intanto si continua sulla strada intrapresa per sanare la questione dei medici cosiddetti gettonisti: non si può accettare che un medico ospedaliero venga pagato 2.200 euro al mese mentre i professionisti a getto-

ne ne guadagnano anche 1.500 a turno. Per questo abbiamo aumentato anche le tariffe per i medici liberi professionisti che verranno reclutati con il nuovo sistema centralizzato e coordinato da Areu. So che anche a Bergamo sono già state fatte assunzioni con questa modalità e c'è soddisfazione. Infine, è allo studio con i ministeri della Salute e dell'Università un intervento perché gli specializzandi possano essere impiegati in tutti gli ospedali da subito, non solo negli Irccs, senza vincoli legati alle loro scuole di specialità. Le giovani leve devono poter mettersi in gioco. Altrettanto, per quei medici ospedalieri che scelgono di spostarsi sul territorio come medici di medicina generale abbiamo proposto che sia sufficiente un anno di scuola di formazione e non tre per poter esercitare».

Medici di base: anche il territorio soffre. Intanto, nella Bergamasca la Cad (Continuità assistenziale diurn-

na) verrà sostituita dagli Amt, gli Ambulatori medici temporanei: diversi medici di medicina generale potrebbero non aderire, perché la retribuzione oraria, e non a prestazione, è troppo bassa.

«Il progetto della Cad era sperimentale, e andava uniformato al resto della Regione. Manteniamo gli aspetti positivi, rendendo omogeneo un servizio, anche con una equità di retribuzione, come previsto dalle regole di sistema. Il passaggio comunque da Cad ad Amt sarà graduale. Per quanto riguarda le carenze, agli studenti della scuola di formazione per la medicina generale è consentito, da subito, di avere un ambulatorio con un certo numero di pazienti, proprio per favorire nuovi ingressi. Una connessione più efficace tra ospedale e territorio passa anche dalla valorizzazione dei medici di famiglia: a Bergamo sta funzionando, nelle case di Comunità per esempio, dove specialisti ospedalieri e medici di medicina generale dialogano,

a tutto vantaggio del paziente».

Tra le emergenze su cui è necessario intervenire subito lei ha messo in risalto il disagio giovanile.

«È un problema su cui la società deve interrogarsi, a partire dalle famiglie e dalla scuola. Sul fronte sanitario, l'offerta deve rapidamente adeguarsi per fronteggiare una situazione dilagante. Occorre potenziare i servizi per la Neuropsichiatria infantile; e servono reparti, per esempio, riservati agli adolescenti, che oggi invece si ritrovano ricoverati o tra gli adulti o tra i bambini».

Quindi sono previsti posti letto in più sia per la Neuropsichiatria infantile che per gli adolescenti?

«Le linee di indirizzo della Regione parlano chiaro: questa è la strada indicata. La Regione stanzerà risorse per quest'area d'intervento, sta poi alle Asst metterle in pratica».



L'assessore regionale Guido Bertolaso con il dg del Welfare lombardo Marco Cozzoli e il dg dell'Asst Papa Giovanni Francesco Locati COLLEONI



L'allarme. Per l'Aris le nuove tariffe sanitarie sono insostenibili

Enrico Negrotti giovedì 14 marzo 2024

Il presidente delle strutture sanitarie cattoliche, padre Bebber: «Con il nuovo Nomenclatore rimborsi insufficienti, meno prestazioni e più liste d'attesa». Domani l'incontro al ministero della Salute

Si avvicina l'entrata in vigore del nuovo Tariffario per le prestazioni specialistiche e ambulatoriali, prevista per il prossimo 1° aprile, e il mondo della sanità privata accreditata è in fermento. Infatti se da un lato i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) approvati nel 2017 hanno introdotto nuove prestazioni a disposizione dei pazienti nel Servizio sanitario nazionale (Ssn), frutto di avanzamenti tecnico-scientifici, dall'altro la rimodulazione delle tariffe ha portato a una riduzione dei rimborsi riconosciuti per molte prestazioni. Che rischiano di mettere in crisi molte strutture, specialmente quelle non profit.

Di qui la protesta di diversi attori della sanità privata, in particolare da parte di coloro che, come l'**Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris)**, sono accreditati nel servizio sanitario pubblico, e hanno quindi gli stessi doveri, ma non possono contare sugli stessi finanziamenti. L'ultimo allarme è stato lanciato dal presidente dell'Aris, il camilliano padre Virginio Bebber, che intravede grandi rischi per i pazienti dall'introduzione del nuovo Nomenclatore tariffario: «Le liste di attesa si raddoppieranno».

Per questo domani è in programma un incontro di una rappresentanza dell'Aris con il ministro della Salute Orazio Schillaci con l'intento di illustrare le ragioni della forti

preoccupazioni della sanità non profit di area cattolica, che con le sue 262 strutture (con 40mila posti letto e 100mila dipendenti), garantisce tra i 10 e 12 milioni di prestazioni ambulatoriali l'anno, offrendo un apporto insostituibile al sistema sanitario pubblico.

«Le tariffe – spiega Bebber – ovvero quanto viene riconosciuto alle strutture che erogano gli esami, sono assolutamente inadeguate, irrealistiche e porteranno in futuro enormi problemi. Un esempio per capire meglio: le visite specialistiche (cardiologiche, ortopediche, neurologiche, ecc.) hanno una tariffa di 22 euro, cifra che è insufficiente a coprire i costi del medico specialista, del personale infermieristico, del servizio di prenotazione, delle utenze e delle pulizie. Ogni visita genera una perdita al meno di 25 euro. Sono molte le prestazioni che hanno tariffe che non coprono neanche i costi diretti di produzione, anzi, rispetto al tariffario precedente, si ha una riduzione complessiva del 30% (facendo il calcolo su tutte le prestazioni). In sintesi: è un sistema non sostenibile».

Il rischio, quindi, secondo Aris, è che l'abbassamento medio dei rimborsi – combinato con il tetto di spesa stabilito per le strutture sanitarie non profit – conduca a una riduzione del numero di prestazioni effettuate, e quindi a un allungamento delle liste d'attesa. Un altro possibile risvolto è che le Regioni con un bilancio più solido possano garantire meglio i rimborsi, a differenza di quelle in difficoltà finanziaria (o in piano di rientro), generando così diseguaglianze nell'erogazione dei Lea.

A essere preoccupati per il nuovo Nomenclatore tariffario sono anche i rappresentanti di altre categorie della sanità privata: ospedali for profit (Aiop), ambulatori, piccole industrie, che paventano possibili risvolti di natura occupazionale, se i tagli metteranno in difficoltà le imprese.

Il mese scorso, il ministro della Salute, Orazio Schillaci, precisando che il lavoro con le Regioni sul nuovo tariffario che risale al 2017 è ancora in corso, aveva ammesso: «C'è stato ovviamente un abbassamento del prezzo di alcune prestazioni, penso alla medicina del laboratorio o ad alcune prestazioni specialistiche».

Ma aveva aggiunto che «ci sono dei fondi, soprattutto dall'anno prossimo, che possono essere utilizzati sia per introdurre le prestazioni, sia per aumentare il rimborso per alcune di queste che sono state limitate». Concludendo con l'invito a collaborare: «Siamo al tavolo con tutti i rappresentanti, anche soprattutto della medicina del laboratorio, per trovare delle soluzioni condivise, sempre nel primario interesse dei pazienti».

Tuttavia non aveva prodotto risultati, un mese fa, un incontro al ministero della Salute con i rappresentanti dell'Unione ambulatori e poliambulatori (Uap) – che comprende Confapi Salute, università e ricerca, Anisap, Federlab Italia, Associazione imprese sanitarie indipendenti (Aisi), Unindustria, Fenaspas e Federlazio – teso a chiedere un rinvio dell'entrata in vigore delle nuove tariffe.

E il prossimo 20 marzo è in programma a Roma un altro incontro delle associazioni di categoria rappresentative degli ambulatori e poliambulatori privati per valutare i possibili esiti di un tariffario che, secondo Uap, «bloccherà l'abbattimento delle liste d'attesa con una drammatica ripercussione sui 36mila posti di lavoro».



la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

il venerdì

Direttore Maurizio Molinari

Venerdì 15 marzo 2024

Oggi con il Venerdì

€ 2,50

MIGRANTI

Le rotte della morte

Strage sul gommone partito dalla Libia e per una settimana alla deriva: almeno 50 le vittime per sete e ustioni "Richieste di aiuto ignorate". E intanto crollano i flussi per Lampedusa e crescono quelli verso le Canarie

La Corte Ue congela il decreto Cutro e l'accordo Roma-Tirana

Morti di fame, di sete, di freddo, mentre diversi elicotteri passavano sulla loro testa ignorandoli. Sono almeno cinquanta le vittime dell'ennesimo naufragio nel Mediterraneo. La nuova rotta è quella delle Canarie. E la Corte Ue congela il patto di Roma con Tirana e il decreto Cutro.

di Candito e Zinetti alle pagine 2, 3 e 4

Il caso

Trappola egiziana per Von der Leyen

di Claudio Tito

Ora è un vero e proprio conflitto istituzionale. Tra il Parlamento europeo e la Commissione Ue. Al centro dello scontro c'è Ursula von der Leyen. Soprattutto i suoi rapporti con partiti ed esponenti di destra. A cominciare da Giorgia Meloni. Non è un caso che anche i fondi destinati all'Egitto, oltre 7 miliardi di euro, stiano diventando oggetto di protesta. Soprattutto non è un caso che questo avvenga alla vigilia della missione guidata dal vertice dell'esecutivo europeo con il premier belga De Croo e con la presidente del Consiglio italiana. Domenica voleranno al Cairo per aiutare il governo di Al Sisi a controllare le frontiere africane e quindi le rotte migratorie più impegnative.

a pagina 4



Il naufragio Un'immagine del dramma diffusa ieri da Sos Mediterranee

Lega

Processo a Salvini: "Linea da rivedere"

L'anniversario

Quarant'anni di Carroccio "La festa non è qui"

di Stefano Cappellini a pagina 8



Maroni e Bossi

Invocano un posizionamento più chiaro: i big della Lega processano il leader Matteo Salvini. A partire dal capogruppo Molinari che spiega: "Salvini non è in discussione, ma prima delle Europee dobbiamo chiarirci bene sulla linea politica da spiegare alla gente".

di Ciriaco e Laura alle pagine 6 e 7

Mappamondi

Russia, Macron al vertice con Scholz "Prepariamoci alla guerra"

di Ginori e Mastrobuoni



«La Russia non può e non deve vincere questa guerra». Emmanuel Macron in televisione conferma la svolta di fermezza assoluta nei confronti di Mosca e cerca di spronare gli europei a un «sussulto» rispetto a una «escalation».

a pagina 14

Diario da Haiti allo sbandò "Europei in fuga in elicottero"

di Laura Lucchini



Un evento straordinario ha trascinato Haiti nella sua peggiore crisi di violenza dall'uccisione del presidente Jovenel Moïse nel 2021. Si tratta di un'alleanza di gang rivali che ha forzato lunedì le dimissioni del premier Henry.

a pagina 15

ISPI Università Bocconi MILANO Next MILAN FORUM Empowering Future Leaders 1000 giovani leader da 60 paesi per confrontarsi sul domani con i protagonisti di oggi Milano, 18-19 Marzo

Parla Emanuela Fanelli

"Troppo narcisismo meglio coltivare una sana autoironia"



di Silvia Fumarola a pagina 32

Cultura



Così Gobetti celebrò Giacomo Matteotti

di Giancarlo De Cataldo a pagina 29

Calcio

Una notte perfetta Quattro italiane ai quarti delle coppe



di Currò, Dovellini e Guerrero a pagina 35

CORRIERE DELLA SERA

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

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/63767310
mail: servizioclienti@corriere.it



Passa anche la Fiorentina
Milan, Roma e Atalanta
avanzano in Europa
di **Belotti, Bocci, Passerini
Valdiserri** alle pagine 42 e 43



Oggi in edicola
Le opere di Baricco
«Oceano mare»
chiedi il primo libro a 7,90 euro
più il costo del quotidiano



La sfida del secolo

I FOCOLAI DI TENSIONE USA-CINA

di **Federico Rampini**

La sfida del secolo resta quella tra America e Cina. Per fortuna non dà segnali di scivolare verso una guerra. Però gli altri tragici conflitti in corso si situano in un mondo attraversato da quel dualismo. La tensione tra le due superpotenze ha abbassato i toni, per mutuo consenso, dopo il vertice tra Joe Biden e Xi Jinping a San Francisco nel novembre 2023. Ma i focolai di tensione non si sono ridotti, anzi. La Cina alle prese con la debolezza dei consumi interni adotta la ricetta classica, cioè esporta la sua crisi. È in atto un nuovo boom di vendite made in China, in tutti i settori compresi quelli più tradizionali. L'invasione dei mercati mondiali è massiccia nell'auto elettrica e nei pannelli solari, sicché la transizione verde dell'Occidente peggiora la dipendenza verso un fornitore unico. Dazi e sussidi, usati con vigore dagli Stati Uniti, hanno innescato una reindustrializzazione americana, ma la strada da percorrere è lunghissima. La produzione industriale cinese supera quella di Usa, Germania, Giappone e Corea del Sud messi insieme. Tra le «importazioni» dalla Repubblica Popolare ce n'è una che fa male più delle altre: i componenti chimici per il *Fentanyl*, droga che fa strage in America ed è arrivata in Europa. I focolai di potenziale tensione non mancano sul terreno militare. I Berretti verdi Usa addestrano i soldati taiwanesi alle tattiche di guerriglia per resistere all'eventuale invasione cinese; mentre il vicepresidente dell'isola è in visita a Washington.

continua a pagina 28

Da oggi a domenica le presidenziali. Blitz dei miliziani russi filo-Kiev a Belgorod: oltre 190 vittime

Le elezioni blindate di Putin

Urne aperte in Russia. Lo zar: «Votate per la patria». Proteste vietate ai seggi

di **Lorenzo Cremonesi
e Marco Imarisio**

«Votare è un atto di patriottismo». Così Putin ha esortato i russi ad andare alle urne per le presidenziali che si terranno a partire da oggi fino a domenica prossima. Intanto, a proposito di libere elezioni, la Procura di Mosca ha messo in guardia dal partecipare a manifestazioni di protesta ai seggi il 17 marzo, giorno in cui la moglie di Navalny ha invitato i russi a recarsi al voto a mezzogiorno. Dal fronte la notizia del blitz dei partigiani russi filo-ucraini che hanno attaccato a Belgorod e Kursk. Molti i morti.

alle pagine 2 e 3
Ippolito

GIANNELLI

LA FOTO



L'UNIONE COESA O RITOCATA?

INTERVISTA A LOTTI, ASSOLTO PER CONSP

«Quei giudizi pesanti dal Pd»

di **Claudio Bozza**

«Assolto perché il fatto non sussiste — dice Luca Lotti — una emozione fortissima». Renzi: «Frattura non solo politica».



a pagina 10

FISCO, PARLA IL VICEMINISTRO LEO

«Meno Irpef al ceto medio»

di **Enrico Marro**

«Pronti a tagliare le tasse — ha detto il viceministro Maurizio Leo — a chi dichiarerà redditi superiori ai 50 mila euro».



a pagina 11

CHE COSA FARE, E SUBITO

Disturbi del cibo: l'allarme c'è ma l'Italia non vuol vedere

di **Florenza Sarzanini**

L'ossessione comincia la mattina appena svegli, quando bisogna trovare un modo di sfuggire alla colazione, al pranzo, alla cena. E poi dura l'intera giornata, quando si deve giustificare il rifiuto di una caramella, un pezzetto di pizza, un aperitivo. Oppure quando si deve trovare il modo di nascondersi per buffarsi fino a scoppiare. Anche se lavori, studi, stai chiuso in una stanza o in mezzo alle persone, il pensiero è fisso. Modifica le abitudini, le priorità, il rapporto con gli altri.

continua a pagina 28

L'ex calciatore La battaglia contro depressione e dipendenza



Osvaldo, droga e alcol «Non ne esco, aiuto»

di **Monica Scozzafava**

«La vita mi sta sfuggendo di mano, non ne esco, aiutatemi». Il grido d'allarme arriva dall'ex attaccante italo-argentino Daniel Osvaldo, alle prese con una forte depressione che lo ha spinto all'autodistruzione, tra alcol e droga. In un video le parole choc.

a pagina 16

Il gommone La tragedia al largo della Libia

Oltre 50 migranti morti di sete e fame «Noi abbandonati»

MILANO, ARRESTATO 23ENNE

La trascina in auto dopo la discoteca: violentata a 18 anni

di **Pierpaolo Lio**

Il liceale violentata dopo la serata in discoteca, a Milano. Stordita dall'alcol, la 18enne è stata trascinata prima fuori dal locale e poi costretta a salire in auto. Davanti ai battenti insospettito, lui, 23 anni, poi arrestato, ha mentito: «Stai tranquillo, è la mia ragazza, adesso la porto a casa». Il racconto della vittima.

a pagina 20

di **Lara Sirignano**



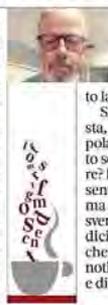
Gommone alla deriva da giorni al largo della Libia: «Oltre 50 morti di fame e sete». I corpi gettati in mare. I racconti dei sopravvissuti ai volontari della Ocean Viking.

a pagina 5

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

A Fermo succede l'incredibile: smontando dal turno di notte, un dottore del pronto soccorso ripensa alla giovanissima paziente con febbre alta e insensibilità agli arti che ha dimesso poco prima e non si sente tranquillo. Perciò cambia tragitto e, anziché andare a letto, va a visitarla a casa sua, di fatto salvandole la vita, perché il successivo ricovero diagnosticherà un'infezione al midollo. Quando i genitori di Giulia hanno visto un medico alla porta non riuscivano a credere ai loro occhi. Non si usa più. Il pensiero corre nostalgico al pediatra della mia infanzia, di cui ricordo ancora il cognome molto appropriato — dottor Sallasa — e la borsa a soffietto da cui estraeva ogni genere di strumento e, purtroppo, di supposta. Non ricordo invece il suo stu-

Il medico di Fermo



dio, per la semplice ragione che in quell'epoca magica, eppure realmente esistita, i medici venivano ancora a casa. Come il medico di Fermo, che con il suo semplice gesto si è meritato la homepage del Corriere. Si chiama Francesco Benetti Evangelista, sempre sia lodato, e l'improvvisa popolarità lo ha stupito. Afferma di avere fatto solo il suo dovere. E le pare poco, dottore? Però la capisco. Nessuno si offenda e si senta chiamato personalmente in causa, ma parafrasando Brecht potremmo dire: sventurato il Paese che ha bisogno di medici che effettuano visite a domicilio. E che, un po' in tutti i campi, considera una notizia ogni manifestazione di attenzione e di scrupolo nei confronti degli altri.

© WIREIMAGE.COM/STEFANO VERRI

Advertisement for Obrelli gold jewelry. Text: «È l'ora dell'oro», «L'ORO HA FATTO LA STORIA», «Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro». Includes images of gold bars and jewelry.

Vertical text on the left margin: 40815, ISSN 1120-4310, etc.

MODENA
"Io, picchiato anche in caserma trattato così soltanto in Libia"
 FILIPPO FIORINI - PAGINA 16



L'ENERGIA
Descalzi: "La rivoluzione green non può vivere solo di sussidi"
 GIULIANO BALESTRETTI - PAGINA 21



L'ECONOMIA
Confindustria, escluso Gozzi il derby tra Garrone e Orsini
 GILDA FERRARI - PAGINA 20

IDROCENTRO
 TUTTA LA TENDENZA QUANDO SERVE!
TUTTO INOX!
 tubazioni, raccorderia
 www.idrocentro.com

LA STAMPA

VENERDÌ 15 MARZO 2024

IDROCENTRO
 TUTTA LA TENDENZA QUANDO SERVE!
TUTTO INOX!
 tubazioni, raccorderia
 www.idrocentro.com

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € ANNO 158 N. 74 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-TO II www.lastampa.it



LA GEOPOLITICA

Le elezioni farsa nella Russia di Putin dove l'opposizione è stata annientata

ANNA ZAFESOVA



Domenica 17 si deciderà se in Russia esiste ancora un'opposizione, o se Putin trascorrerà i prossimi sei anni a concludere l'opera di eliminazione di ogni dissenso. **AGLIASTRO - PAGINA 12**

PARLA IL NUNZIO APOSTOLICO

"Noi cattolici ucraini non capiamo più il Papa"

LETIZIA TORTELLO

«**I**nterviste, interviste, interviste... qui si muore. Io ho da occuparmi dei prigionieri, compresi i bambini che sono nelle mani dei russi. È il colmo, loro muoiono e noi fermiamo il mondo per le interviste. Cosa diranno in cielo?». Monsignor Visvaldas Kulbokas, lituano e diplomatico al servizio della Santa Sede, è il nunzio apostolico a Kiev. **- PAGINA 13**

IL MEDIO ORIENTE

Gaza ormai allo stremo la battaglia per gli aiuti

DELGATTO, SIMONI



PAGINA 14

TRAGEDIA SUL BARCONE DI MIGRANTI PARTITI DALLA LIBIA: "I NOSTRI SOS RIMASTI INASCOLTATI"



Uccisi dalla fame e dalla sete

ELEONORA CAMILLI, GRAZIALONGO, MARCELLO SORGI

Nessuno speculi sulla pelle di chi fugge

FRANCESCA PACI

Sessanta persone che, lentamente, muoiono di fame in mezzo al mare sono il prezzo delle nostre paure. **- PAGINA 22**

IL PROFESSORE: "IL PROBLEMA È NEL SUO CERVELLO". IL LEADER M5S: "MAGARI"

Prodi a Conte: vince solo il campo largo

L'ANALISI

Quelle visioni opposte sulle alleanze a sinistra

FRANCESCA SCHIANCHI

Nessuna parola cade a caso. Nell'indomani di un faticoso accordo nel centrosinistra per le Regionali in Basilicata, mentre dai social network Carlo Calenda dichiara di sentirsi escluso e tradito, e già in Pd guardano all'obiettivo Piemonte sapendo che lì un'alleanza larga assomiglia a un miraggio. **- PAGINA 23**

NICCOLÒ CARRATELLI

Il suo messaggio è sempre lo stesso, ma stavolta, finalmente, può dirglielo in faccia: «Se volete vincere, dovete mettervi d'accordo. Se volete perdere, continuate così», scandisce Romano Prodi davanti a Giuseppe Conte. I due ex premier sono alla Galleria nazionale di arte moderna di Roma. «Facciamo un bilaterale», ricambia ironico il presidente 5S. **- PAGINA 8**

Politico incorona Draghi "Guidi la nuova Europa"

Marco Bresolin

LE RIFORME

Giustizia e autonomia scontro nel governo

OLIVO, MOSCATELLI

Chissà che alla fine, magari per sbaglio, il governo voglia dare ragione a Nicola Gratteri. Il procuratore capo di Napoli, litigando qualche giorno fa a Novara con il sottosegretario meloniano Andrea Delmastro, aveva fatto una richiesta sarcastica: «Per favore non fate più riforme della Giustizia». **- PAGINA 4**

L'INTERVISTA

Generazione Tananai "Via dalla bolla social La politica non censuri la musica e gli artisti"

ANNALISA CUZZOCREA



Dimenticatelvi, i maschi alfa. Quelli dannati e un po' prepotenti. Quelli che mai direbbero: «Il primo a sentire le mie canzoni è mio padre». **- PAGINE 18 E 19**

L'ALLARME ANTITRUST

Ma controllare TikTok è diventato impossibile

GIANLUCA NICOLETTI

L'Antitrust ha chiesto a TikTok 10 milioni di euro di multa, perché rappresenterebbe una minaccia alla sicurezza psico-fisica dei suoi utenti, soprattutto quelli "minori e vulnerabili". Il social network cinese avrebbe dovuto bloccare la "sfida della cicatrice francese", una challenge che ha avuto il suo apice un anno fa. **- PAGINA 21**

IL PERSONAGGIO

Depressioni e droghe il calvario di Osvaldo

GIULIA ZONCA



PAGINA 17

BUONGIORNO

Daniele Nahum, consigliere comunale ed ex vicepresidente della comunità ebraica di Milano, ha lasciato il Pd poiché ritiene intollerabile che alcuni dirigenti del partito partecipino a manifestazioni in cui si chiede la cancellazione dello Stato di Israele, lo si paragona al Terzo Reich, si spende la parola genocidio per stabilire un parallelo fra sionismo e nazismo. Pochi giorni prima e per motivi analoghi, Roberto Cenati si era dimesso dalla presidenza della sezione milanese dell'Associazione partigiani. A sinistra pare ci sia un problema. E lo ha spiegato bene Nahum, ma se ne fa esperienza ogni giorno: una diffusa ambiguità prossima all'antisemitismo la si coglie oggi più a sinistra che a destra, dove qualche sfessato si mette giusto la camicia nera ad Acca Larentia e notifica nostalgia a

Una malattia seria

MATTIA FELTRI

braccia tese. Ma è a sinistra che - uso ancora parole di Nahum - il pesce puzza dalla pancia, lo si sente nei cori in piazza e lo si legge nelle invettive dei social. E se nella vicenda di Cenati il Pd aveva buoni motivi per dire la sua, e scuse altrettanto buone per tacere, è in quella di Nahum che il silenzio è terribile. Hanno parlato soltanto gli aderenti a Sinistra per Israele, l'associazione che ha in Piero Fassino il suo uomo di spicco. Dalle sommità del Pd invece si sente fischiettare. Come se non fosse successo nulla. Un po', capisco, l'allarme quotidiano del fascismo in declinazione meloniana viene male, se si ammettono certe grane in casa. Un po' ci si illude che, facendo finta di niente, la malattia scompaia. Ci si augura si dissolva nel vento. E invece la malattia è seria e può soltanto aggravarsi.

Salone della Ristorazione Professionale
HORECA EXPOFORUM
 17-19 marzo
 Torino Lingotto
 horecaexpo.it

CZ CENTRI DENTALI ZANARDI
 Perché curare i denti all'estero?
 800.200.227
 centridentalizanardi.it



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 74
Sped. in AP. 03/03/2024 n. 140/2024 art. 1 c. 1 D.L. 35/2023

NAZIONALE



Venerdì 15 Marzo 2024 • S. Luisa

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

La proclamazione L'Aquila, 15 anni dopo il terremoto è Capitale italiana della cultura

Larcen a pag. 20



Il nuovo tecnico biancoceleste La Lazio prende Tudor: due anni di contratto Lotito: «Sarri tradito»

Marcangeli nello Sport



Tennis a Indian Wells Sinner non si ferma travolge Lehecka e va in semifinale Può diventare n.2

Martucci nello Sport



Oltre l'8 marzo Il nuovo femminismo che classifica le donne

Luca Ricolfi

Il femminismo è morto, come ha sostenuto qualche giorno fa la storica Lucetta Scaraffia? O invece è più vivo che mai, come le è stato prontamente ribattuto?

Probabilmente sono vere entrambe le cose: il femminismo è vivo, ma ha ben poco a che fare con quello storico.

Ma in che cosa il nuovo femminismo si allontana da quello storico?

Secondo la scrittrice Elena Loewenthal, gli episodi di intolleranza che si sono verificati nella settimana scorsa sono intrisi di "un oscurantismo conservatore tremendamente retrogrado", e la vera cifra delle nuove femministe sarebbe l'antisemitismo.

Io capisco pienamente lo sconcerto di Elena Loewenthal, come ebrea che difende le ragioni di Israele, come donna che non può accettare il silenzio delle femministe sulle violenze e gli stupri di Hamas verso le donne israeliane, come scrittrice che inorridisce di fronte all'intolleranza di chi - nella settimana dell'8 marzo - ha provato a impedire con la forza dibattiti e presentazioni di libri non graditi.

E tuttavia c'è qualcosa che vorrei aggiungere a questa diagnosi. Certo, nel femminismo di oggi c'è anche dell'antisemitismo. Il punto, però, è che c'è molto di più. Il femminismo di oggi si distingue da quello di ieri perché ne ha smarrito il tratto essenziale e fondativo, ossia l'universalismo.

Che cos'è l'universalismo?
Continua a pag. 23

Isee, la misura salva-bonus

► Il governo annuncia un nuovo metodo di calcolo: escluso l'assegno unico per i figli. La norma viene applicata dall'Inps. In questo modo le famiglie non perderanno altri aiuti

ROMA Dal Governo mossa salva-bonus, assegno unico fuori dall'Isee: l'Inps non lo conteggerà nel calcolo del reddito

Bisozzi a pag. 3

Al Nord il 70% dei municipi in difficoltà

Intervista Il Capo di Gabinetto di Palazzo Chigi: «Tentativi inaccettabili»

I sindaci lanciano l'allarme conti: un Comune su due è a rischio crisi

Andrea Bassi

Nel prossimo futuro un sindaco su due rischia di dover fare i conti con una crisi finanziaria della

sua città. I sindaci di oltre 4 mila Comuni potrebbero trovarsi di fronte alla difficile scelta di dover tagliare i servizi per tenere in piedi i conti. A pag. 2



Caputi: «Basta con "l'amichettismo" l'esecutivo non si fa condizionare»

Ernesto Menicucci

«Stop all'amichettismo di chi vorrebbe guidare le scelte della politica». Così Gaetano Caputi, capo di gabinetto di Palazzo Chigi, in una

intervista a *Il Messaggero*: «Molti spazzati dalle parole di Meloni». E ancora, sui dossieraggi: «Da Perugia emerge un'attenzione un po' strabica verso soggetti ben individuati».

A pag. 5

Europa League, decidono i 4 gol dell'andata: al Brighton non basta l'1-0



Dolce sconfitta: la Roma va ai quarti

Un'incursione di Edoardo Bove a Brighton (foto EPA) Angeloni, Carina e Lengua nello Sport

Video hot diffuso dal baby calciatore La Roma licenzia lei

► Immagini rubate dal cellulare di una impiegata. Proteste bipartisan: grave, intervenga il ministro

Michela Allegri Camilla Mozzetti

Lei ha trent'anni, lui è appena maggiorenne. A legarli è la Primavera della Roma: lei gli fa da tutor nel corvito del settore giovanile. Il ragazzo, una sera le chiede il cellulare in prestito per fare una telefonata. E la giovane promessa della Primavera recupera dallo smartphone un video intimo, in cui la donna è ripresa con il fidanzato e il filmato inizia poi girare fra i calciatori, arrivando anche alla società. Risultato? Il ragazzo resta, lei licenziata per "incompatibilità ambientale". A pag. 13

«Sfide pericolose» Multa Antitrust: TikTok non tutela i giovanissimi

Mauro Evangelisti

Dall'Antitrust una maxi-multa per TikTok. «Non protegge i minori dai contenuti estremi». Il caso della sfida della "cicatrice francese": proposta dal social ai ragazzini più a rischi. A pag. 12

Partiti dalla Libia



Strage di migranti «Almeno 60 morti per fame e sete»

PALERMI Sono morti di fame e sete su un gommone partito dalla Libia e diretto in Italia. Per una settimana in balia del mare. Almeno sessanta le vittime. Lo Verso a pag. 11

CALMARE L'ANSIA LIEVE, PER SENTIRSI PIÙ LEGGERI.

LAILA
80 mg capsule molli
olio essenziale di lavanda
14 CAPSULE MOLLI

Laila farmaco di origine vegetale, l'unico con formula Silexan® (olio essenziale di lavandula angustifolia Miller).

LAILA è un medicinale di origine vegetale a base di Olio Essenziale di Lavanda (Silexan®). Leggere attentamente il foglio illustrativo. Autorizzazione del 18/05/2023.

Il Segno di LUCA

VERGINE, PROVA A CURIOSARE

Oggi la Luna viene a darti un piccolo ma significativo aiuto per sciogliere un nodo che riguarda il lavoro e ti consente così di chiudere la settimana lavorativa in bellezza. Se l'ascolti ancora meglio, nelle parole che la Luna ti sussurra all'orecchio riconoscerai un invito al vagabondaggio, a riservare un momento per girare senza un obiettivo preciso, in modo da liberarti passo dopo passo di quei pensieri che ti appesantiscono.

MANTRA DEL GIORNO
La curiosità apre anche la mente.

L'oroscopo a pag. 23

* Tandem con altri quotidiani (per i corrispettivi separatamente): emilia (gruppo di Modena, Reggio e Ferrara), il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica (Tuttomercato) € 1,40, il Venerdì, il Messaggero - Corriere dello Sport, Sport € 1,40, il Palazzo, il Messaggero - Primo Piano € 1,50, nelle versioni di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport, Sport € 1,50.



Editoriale

L'AI Act dell'Unione Europea UNA CINTURA DI SICUREZZA

PAOLO BENANTI

Mercoledì il Parlamento europeo ha approvato in via definitiva l'AI Act, un disegno di legge che aveva come relatore l'eurodeputato italiano Brando Benifei. Questo ultimo passaggio formale apre la strada all'entrata in vigore, nel corso dell'anno, delle prime importanti norme che regolano l'intelligenza artificiale (AI) a livello mondiale. L'AI Act dovrebbe diventare legge ufficiale entro la metà del 2024, dopo l'approvazione da parte degli Stati membri dell'Ue, e le sue misure saranno introdotte gradualmente nell'arco di due anni. Questa complessa e ricca norma è incentrata sulla sicurezza dei consumatori tutelando i sistemi di IA in base al rischio che possono avere sui diritti dei cittadini: le applicazioni più rischiose sono soggette a maggiori controlli o a veri e propri divieti. La legge vieta alcuni usi specifici dell'IA come la polizia predittiva, il riconoscimento delle emozioni nelle scuole e nei luoghi di lavoro, i sistemi di punteggio sociale e il riconoscimento facciale a distanza (in questo caso esiste un'eccezione nella prevenzione dei crimini gravi). L'approvazione dell'AI Act non è soltanto un fatto storico ma un momento esemplare di un'Europa che vuole mettere al centro la dignità umana.

continua a pagina 23

Editoriale

La scelta Usa e quelle nostre LIBERARSI DI TIKTOK

PETRO SACCO

Che invidia per gli Stati Uniti, che presto potrebbero liberarsi di TikTok. Le motivazioni della legge approvata mercoledì alla Camera Usa riguardano la sicurezza nazionale: i parlamentari non si fidano di una app che, come ogni società cinese, potrebbe consegnare dati al Partito Comunista o prestarsi a strategie di disinformazione in vista delle presidenziali. Ma è fondato il sospetto che le accuse a TikTok siano pretestuose, e che l'America voglia soprattutto aiutare i campioni californiani Instagram, Facebook o YouTube a liberarsi di un rivale temibile. In ogni caso il legame con l'amministrazione cinese è solo una delle caratteristiche che rendono TikTok una creatura sgradevole, qualcosa senza la quale, vien da dire, stenteremo probabilmente meglio. La prima di queste caratteristiche è la natura stessa del sociale network. Sono piattaforme che si propongono come strumenti di socializzazione e svago, ma sono imprese che si occupano di conquistare l'attenzione degli utenti per il maggior tempo possibile, per poterla vendere agli investitori pubblicitari.

continua a pagina 23

MIGRANTI Nuova tragedia al largo delle coste libiche, la Corte di Strasburgo boccia la procedura d'urgenza sulle norme italiane

La lunga deriva poi il naufragio 60 morti in mare

DANIELA FASSINI

La barca era stata segnalata una settimana fa. Ed è rimasta alla deriva per sette giorni. E così ecco un altro, l'ennesimo, naufragio: almeno 60 persone hanno perso la vita su un gommone al largo della Libia.

a pagina 2

VITTIME COLLATERALI DOPO I SILENZI SERVE UNA PAROLA

DIEGO MOTTA

a pagina 2



I migranti sorpassati davanti alle coste libiche. In alto: il mare Mediterraneo. Sotto: Facebook

Accoglienza, l'Europa frena sul decreto Cutro

LUCA LIVERANI

La Corte di giustizia europea non ha accolto la domanda d'urgenza della Cassazione sull'applicazione del decreto Cutro. Si procederà, quindi, con la tempistica ordinaria.

a pagina 3

PARLA KELANY (FDI)

La maggioranza difende l'accordo con l'Albania: «Niente ripercussioni»

Guarrieri a pagina 3

IL FATTO Russia alle urne per rieleggere Putin, nel decimo anniversario dall'annessione della Crimea

Voto a perdere

Risultato già scritto, il Cremlino teme l'affluenza: sotto il 70% sarà un stop A turbare la vigilia la morte del vicepresidente Lukoil e gli attacchi ucraini

MEDIO ORIENTE

Ramadan ad alta tensione alla Spianata delle moschee E Gaza aspetta gli aiuti

Venerdì di Ramadan, il primo. A Gerusalemme sono state alzate le misure di sicurezza nella Città Vecchia ed è stato vietato l'accesso alla Spianata delle moschee agli uomini con meno di 50 anni. La tensione resta alta anche nella Striscia, dove si attende l'approdo della nave Open Arms con gli aiuti partiti da Cipro.

Brogi, Ghirardelli e Napolitano a pagina 5

VERSO LE EUROPEE

Macron europeista solo a parole, Le Pen cavala il malcontento francese

Parole, parole, parole. La Francia costata da settimane un torrente di parole piovute dai vertici politici e in particolare dal presidente Emmanuel Macron. Questa professione è molto orientata verso l'orizzonte delle Europee di giugno, pronosticate come uno "spartiracque". E Marine Le Pen cavala il malcontento.

Zappalà a pagina 4

La Russia inizia oggi i tre giorni di consultazioni: in 114 milioni sono chiamati alle urne. Mosca appare opulenta e tirata a lucido ma fra la popolazione, che da due anni vive una situazione di guerra, prevale l'indifferenza. Con l'opposizione "disegnata" a propria misura, il regime sa che la consultazione sarà un plebiscito. Lo zag, però, punta a "mantenersi" i numeri del 2018 quando ottenne il 78 per cento dei consensi. Il maggior timore, però, è la partecipazione, più difficile da ritoccare. Seggi aperti anche in Transnistria e nelle zone occupate. Kiev tiene alta la tensione con le incursioni oltreconfine. È il giallo sulla fine improvvisa del numero due del colosso del petrolio, Vasily Robertus. Un diplomatico Boris Bondarev: «Non credo che la morte di Navalny avrà un impatto sull'esito delle elezioni».

Ottaviani a pagina 5

I nostri temi

LE FAMIGLIE

Se la denatalità cancella anche i cognomi

PAOLO VIANA

Dopo i dinosauri, l'estinzione toccherà quasi sicuramente al signor Rossi.

a pagina 23

LA SCUOLA

Tornano i giudizi alla primaria: passo avanti o...?

PAOLO FERRARIO

I giudizi sintetici alla scuola primaria? Sì e no a confronto, e lunedì videolavoro.

a pagina 10

IL CANTIERE DELLA CHIESA

Sinodo, partono i gruppi di studio

Cardinale a pagina 7



LA BIOGRAFIA DEL PAPA

«Parlare dei poveri non è essere comunisti»

Servizio a pagina 7

I DECRETI

Anche 16 martiri tra i 19 nuovi beati

Galli a pagina 24

La diagnosi

È un grande ospedale a Sesto San Giovanni. Davanti, su un largo viale, le auto corrono verso la Tangenziale. Nell'ingresso i pazienti attendono che compaia sugli schermi il proprio numero: fanno una Tac, si registrano. Al banco centrale invece si va, nel giorno fissato, a ritirare i referti. Un altro numero, poi l'impiegata allunga senza parole una busta chiusa. Questa coppia davanti a me, 80 anni forse, lui malfermo sulle gambe, ritira la sua busta e in silenzio va a cercarsi due sedie libere. Si mettono gli occhiali, poi con delicatezza, ma anche con visibile premura, aprono. Un dischetto, e il foglio con l'esito. La lingua dei

medici non è facilmente comprensibile: la signora corruga la fronte, cerca di capire. Il marito attende che lei traduca quelle espressioni astruse. La donna, ansiosa, scote con gli occhi in basso, verso la diagnosi. Si ferma: ora ha incontrato una parola chiara. Chiude in fretta il foglio. «Che dice?» chiede lui. «Dize che devi fare altri esami», risponde la moglie, evasiva. Poi mette la busta in borsa e aiuta il compagno ad alzarsi. Adesso anche lei è più lenta. Si direbbe che pesa, la borsa con quella parola dentro. La donna prende per mano il marito, maternamente. Può accadere, un giorno, di diventare la madre del tuo uomo: di accompagnarlo come un bambino ai primi passi, verso dove non sai.

Facce Marina Corradi

AGORA PROCLAMAZIONE La rinascita dell'Aquila: Capitale della cultura 2026 D'Alessandro e Marzella a pagina 1

...è l'ora dell'oro L'ORO HA FATTO LA STORIA. Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro ORO - GIOIELLI - MONETE OBRELLI DAL 1929 www.oro.obrelli.it

I governatori alla Camera contro Fitto: "Con la revisione del Pnrr ci mancano 1,2 miliardi. Tornate indietro". Il ministro: aiuterò chi è in difficoltà

Sanità, Regioni all'attacco del governo "Abbiamo perso i fondi per gli ospedali"

LA GIORNATA

LUCA MONTICELLI
ROMA

«**C**on la revisione del Pnrr il governo ha sottratto alle regioni un miliardo e duecento milioni di euro, risorse già assegnate per l'edilizia degli ospedali. Siamo costretti a dire ai cittadini che dobbiamo bloccare i cantieri». L'accusa al ministro per gli Affari Ue e il Pnrr, Raffaele Fitto, arriva dai governatori nel corso di un'audizione alla Camera. Ad andare allo scontro è l'assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna, Raffaele Donini, che è anche il responsabile della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni. «Il nostro parere è unanime - scandisce Donini - non siamo stati coinvolti in questa scelta e ne chiediamo l'immediata cancellazione. Siamo pronti a discutere in un tavolo tecnico per trovare insieme la soluzione più idonea». L'assessore della giunta Pd di Stefano Bonaccini definisce il taglio dei fondi «un'invasione di campo molto sgarbata istituzionalmente, abbiamo una seria preoccupazione per lo sviluppo dei cantieri, in Emilia-Romagna siamo costretti a fermare quelli per la sicurezza antisismica». Le Regioni sostengono che la copertura della revisione del

Pnrr ha costretto il governo a tagliare gli investimenti garantiti da altri fondi pubblici per mantenere gli obiettivi del piano. Nel caso della sanità, Fitto ha tagliato il Pnc (il fondo per gli investimenti complementari) e per compensare quelle risorse è andato a decurtare l'articolo 20 della legge 67 del 1988 sulle opere di edilizia ospedaliera. Il risultato è che adesso alle Regioni mancano 1,2 miliardi per completare gli ospedali in costruzione. Il gioco delle tre carte sui fondi messo in atto dall'esecutivo di Giorgia Meloni è stato spiegato ieri a Montecitorio in commissione dall'Ufficio parlamentare di bilancio (Upb): la presidente Lilia Cavallari evidenzia che gli investimenti previsti in altri capitoli e cancellati ammontano a 16 miliardi di euro, soldi che poi sono finiti nel Pnrr. «Si tratta di 4,5 miliardi di definanziamento del Piano complementare; 5 miliardi di riduzione del Fondo di sviluppo e coesione. Poi continua l'Upb - c'è una diminuzione della spesa di 5,4 miliardi per comuni, amministrazioni centrali e ministeri; la riduzione del Fondo per l'avvio di opere indifferibili di 900 milioni e 400 milioni in meno per i contratti di sviluppo».

Il ministro Fitto prima nega parlando in aula: «Continuare a parlare di tagli non corri-

sponde al vero: nell'ultimo decreto sul Pnrr abbiamo finanziato tutti gli interventi che sono stati spostati dal piano. I 15,6 miliardi della missione salute sono rimasti tali dopo la revisione». Poi, messo alle strette dalle domande dei deputati della Commissione Bilancio, Fitto ammette che «alcune Regioni potrebbero aver esaurito i soldi previsti dall'articolo 20», citando la legge dell'88 che ha subito una sforbiciata per garantire gli investimenti del Pnc, che a loro volta erano stati ridotti in favore del Pnrr. Perciò, è la promessa dell'esponente di Fdi, «nei prossimi giorni con il ministro della Salute Orazio Schillaci ci confronteremo con le Regioni per cercare una soluzione». Secondo Fitto, nel fondo sulle opere di edilizia ospedaliera (l'articolo 20 della legge dell'88) «ci sono 2 miliardi non ancora impegnati. Dobbiamo fare una verifica di questo, capire quale è il livello di avanzamento dei progetti».

Critiche arrivano anche dall'Unione delle province. «L'aumento dei costi per la messa a terra degli oltre 1.750 progetti di edilizia scolastica, causato dai prezzi dei materiali e dell'energia schizzati alle stelle, è stato coperto in buona parte con risorse proprie delle Province», denuncia l'Upi.

Questo vuol dire che ci sono circa 150 milioni di euro che pesano sui bilanci degli enti, costretti ad accendere mutui per confermare gli impegni del Pnrr per la costruzione di nuove scuole e la messa in sicurezza di quelle esistenti. L'Upi chiede al governo di coprire gli extra-costi e di mettere a disposizione 50 milioni di euro per completare la digitalizzazione degli uffici.

Un altro problema che pesa sul Pnrr è il ritardo con cui vengono spesi i soldi. Il deputato di Italia Viva Luigi Marattin auspica «uno strumento che consenta di capire lo stato di avanzamento del piano in tempo reale perché la piattaforma Regis non funziona e ciò può portare a degli errori. Il Pnrr è l'ultima occasione per ristrutturare il Paese». —

L'Ufficio parlamentare di bilancio ha notato un calo della spesa per gli enti locali di 5.4 miliardi

**Raffaele Donini
Sanità Emilia-Romagna**

È stato uno sgarbo in Emilia fermi i cantieri per la sicurezza antisismica

“
Raffaele Fitto
Ministro del Pnrr
Parlare di tagli non corrisponde al vero, nei prossimi giorni troveremo una soluzione



Il titolare Raffaele Fitto è ministro per gli Affari Ue, le politiche di coesione e il Pnrr del governo di Giorgia Meloni

L'opposizione Il democratico Raffaele Donini è l'attuale assessore alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna



Fitto: «Sul Pnrr non ci sono tagli» Scontro con le Regioni sulla Sanità

LA STRATEGIA

ROMA Non siamo soltanto il Paese che ha avuto la fetta più larga dei fondi del Pnrr, siamo anche quello che «ha ottenuto la migliore performance tra gli altri Stati membri». La rimodulazione? «Era necessaria e la rivendichiamo» perché «il Piano era stato fatto prima della guerra in Ucraina e quindi il tema dell'aumento del costo delle materie prime, quello dell'aumento del costo dei materiali, ma anche il tema dell'aumento del costo dell'energia rappresentavano per noi un limite e un problema». E per i progetti usciti fuori dal Pnrr «garantiremo la copertura economica». Nonostante le polemiche, Raffaele Fitto, ministro per gli Affari europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il Pnrr, non indietreggia nemmeno di un centimetro. «Sono stati spesi fiumi di parole sui tagli che il governo avrebbe messo in campo. Non c'è stato alcun taglio: nel dl Pnrr abbiamo, con bollinatura della Ragioneria, finanziato tutti gli interventi che sono stati spostati dal Piano o defianziati» dice nell'aula della Camera durante le comunicazioni del governo sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Ma le polemiche non si placano. Soprattutto sul fronte Sanità. Per le Regioni mancano all'appello 1,2 miliardi di euro. Sono le risorse già assegnate alle Regioni da fondi Pnc (Piano nazionale

per gli investimenti complementari) e cancellate dall'art.1 del decreto. Sarebbero «investimenti che sono già in cantiere» e gare assegnate «che necessitano di liquidità», spiega il coordinatore della commissione sanità della Conferenza delle Regioni, Raffaele Donini, che definisce «irrealizzabile» la soluzione sostitutiva individuata dal governo con il progetto «Ospedale sicuro» a cui sono destinati risorse per 1,65 miliardi. Il ministro rimarca: «Non c'è alcun taglio ma uno spostamento fuori dal Pnrr», visto che diversi progetti inseriti nel piano non ce l'avrebbero fatta a rispettare la scadenza del 2026. Quindi sono «ritornati al loro finanziamento originale». Il problema - ammette - potrebbe sorgere «per quelle Regioni che hanno utilizzato tutte le risorse articolo 20». Ma - assicura - per queste situazioni il governo ha deciso di «garantire il mantenimento nel Pnrr o Pnc per l'intera copertura dei progetti». Anche per l'Ufficio parlamentare di bilancio (Upb) la copertura ex articolo 20 va verificata assieme alle Regioni: «Ci dovrebbe essere capienza», ha detto comunque la presidente Lilia Cavallari.

LA REVISIONE

Per quanto riguarda le riforme, il ministro ha ricordato che «nella revisione del Pnrr non solo abbiamo confermato le 59 riforme preesistenti, ma le abbiamo rafforzate e modificate e ne abbiamo aggiunte sette nuove: cinque

riguardano il RepowerEU e quindi il capitolo aggiuntivo del Pnrr.

Altre due riguardano invece gli incentivi e la politica di coesione».

Esiste però il tema della spesa, della messa a terra dei cantieri. «Rappresenta una difficoltà, soprattutto nella fase di attuazione», ammette Fitto. Finora sono stati spesi 45 miliardi (24 nel 2021-22, e 21 miliardi nel 2023). Rispetto agli altri Paesi - sostiene Fitto - stiamo messi comunque bene: «Invito a fare un confronto in percentuale». Una delle cause del ritardo nella spesa, secondo quanto riferito dal ministro, è il sistema Regis che monitora l'avanzamento del piano e «va implementato», oltre al fatto che «molti interventi devono ancora essere caricati» sulla piattaforma. Inoltre «molti interventi come medie opere o infrastrutture sono in fase di avvio dei cantieri, quindi è immaginabile che quel dato della spesa crescerà nei prossimi mesi». Entro la fine di marzo - ha inoltre annunciato Fitto - il governo presenterà «il decreto sulla riforma delle politiche di coesione», l'idea è quella di «creare un link tra Pnrr, politiche di coesione e risorse nazionali del Fondo di sviluppo e coesione» perché «è inimmaginabile che programmi di tale dimensione non si parlino».

Giusy Franzese

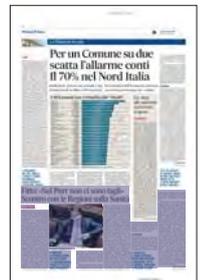
**IL MINISTRO:
LA RIMODULAZIONE
ERA NECESSARIA
E LA RIVENDICHIAMO
I PROGETTI ESCLUSI
SONO RIFINANZIATI**

Il ministro Raffaele Fitto

**LE PROTESTE:
IL PIANO OSPEDALE
SICURO NON RIUSCIRÀ
A GARANTIRE TUTTE
LE RISORSE, MANCANO
1,2 MILIARDI DI EURO**



POLITICA SANITARIA, BIOETICA



IL PIANO EUROPEO DI RIPRESA

Pnrr, Fitto ammette: «La spesa è un punto critico» Tagli alla sanità, è sempre scontro con le Regioni

La revisione del Pnrr ancora non va giù agli enti locali, che tornano all'attacco sulla rimodulazione dei fondi alla sanità che toglierebbe alle Regioni 1,2 miliardi di euro. Risorse che, assicura il ministro responsabile del piano di rilancio, Raffaele Fitto, sono compensate dalle coperture trovate nell'ultimo decreto per velocizzare il Pnrr. Ma la battaglia, appoggiata in Parlamento dall'opposizione, è destinata ad andare avanti, fino al confronto atteso tra Fitto e il collega titolare Schillaci (Salute) e i governatori. All'audizione sul decreto alla Camera, le Regioni si sono presentate agguerrite e chiedendo di stralciare

l'articolo 1 che cancella 1,2 miliardi già assegnati da fondi Pnc (Piano nazionale per gli investimenti). Sarebbero «opere che sono già cantieri» e gare assegnate «che necessitano di liquidità». Si contesta inoltre che la soluzione possa venire dal cosiddetto «ex articolo 20», il fondo dedicato all'edilizia ospedaliera negli anni '80, che nelle intenzioni del governo dovrebbe andare a finanziare il progetto «ospedale sicuro» uscito dal Pnrr. Intanto, sui ritardi nella spesa delle ingenti risorse Pnrr Fitto in aula alla Camera ha ammesso che «rappresenta una criticità, soprattutto nella fase di attuazione», ma nei prossimi mesi dovrebbe andare me-

glio: sulla piattaforma Regis, che monitora la spesa, verranno caricati nuovi interventi e le opere passeranno dalla fase «gara» a quella «cantiere», facendo crescere la spesa. (r.r.)



MEDICINA TERRITORIALE

Ospedale, luogo di cura ideale

Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed: "Serve una battaglia per dare ai medici due nuovi premi

LAURA AVALLE

I fatti parlano chiaro: siamo tra i paesi occidentali con meno ricoveri per lungodegenze e, come se non bastasse, abbiamo tagliato i posti letto per acuti. Siamo davvero una realtà ospedalocentrica? Lo abbiamo domandato a Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed: "Forse lo eravamo 30 anni fa, oggi di sicuro non più dopo il decreto 70 del 2015. Perché quel decreto che doveva razionalizzare la spesa sanitaria in tempi di *spending review*, di fatto ha invece tagliato di netto l'assistenza ospedaliera. Alla luce di tutto questo, siamo un Paese tutt'altro che ospedalocentrico. Siamo, tutt'al più, una realtà "pronto soccorso centrica", come unica porta di accesso all'ospedale. A mio avviso - continua Di Silverio - è giunto il momento non solo di ripensare all'ospedale come luogo di cura ideale e non soltanto come luogo deputato all'emergenza. Basti pensare a molti interventi chirurgici che, mentre 20 anni fa richiedevano ricoveri ospedalieri di 6-10-12 giorni, oggi attraverso la laparoscopia e la chirurgia robotica richiedono tempi di ricovero molto minori. Se da una parte il Covid ha messo in evidenza i limiti della nostra medicina territoriale dovuti all'assenza di strumenti, dall'altra ci si è dimenticati che l'ospedale continua ad essere il vero luogo di cura dei pazienti".

Quali sono le necessità degli ospedali rispetto alle lungodegenze?

"Sono necessità di tre livelli - ri-

sponde Di Silverio - la prima è quella del personale. Il risultato è la minore sicurezza delle cure, perché quando un medico che deve essere contestualmente medico di guardia a 80-100 pazienti, anche di discipline diverse, non va bene. Il secondo tipo di esigenza è quello organizzativo: noi oggi siamo stati abituati a pensare a macroaree, a inter-divisioni, a inter-aziende: dobbiamo a mio avviso tornare a pensare alle discipline. Se un paziente ha un problema chirurgico, è giusto che venga seguito dal chirurgo. Il problema organizzativo è di grande importanza perché appartiene sia all'organizzazione del reparto dell'ospedale,

sia al lavoro del medico. Non possiamo più pensare che il medico sia il dipendente di un'azienda: il medico è un professionista che ha in mano la vita delle persone. Il terzo livello è di tipo economico-programmatico. Economico perché, senza incentivi, i primi due livelli non possono essere analizzati in maniera adeguata; programmatico perché, senza una reale programmazione economica e organizzativa, non si possono ottenere i risultati".

Possiamo tradurre in cifre lo stipendio di un nostro medico?

"In Europa il medico che acquisisce le competenze cresce di livello professionale, con conseguenti maggiori responsabilità. Così come crescono le responsabilità, cresce anche il suo salario. In Italia invece c'è un concetto di ospedale

che viene inteso come azienda: si è legati all'anzianità di servizio - ed è già un limite enorme, perché per i primi 5 anni, da quando un

medico entra nel Servizio sanitario nazionale, il suo stipendio si aggira sui 2.500 euro netti al mese. Dopo 5 anni c'è un primo scatto automatico, con un aumento di circa 250-300 euro. Non c'è un ascensore professionale che permetta con certezza di avere la gratificazione professionale che in Europa avviene invece a seconda delle competenze".

Sulla premialità a medici e infermieri, cosa ne pensa?

"Bisogna premiare i medici in due modi: il primo con una defiscalizzazione di parte del salario. La seconda opzione, non sostitutiva ma aggiuntiva alla prima, è quella di premiare il lavoro disagiato e l'abnegazione anche a prescindere del monte orario".

Qual è il suo pensiero circa la libera professione intramoenia?

"Non posso pensare di lavorare obbligatoriamente soltanto nell'azienda, che già mi sfrutta, percependo di quello che produco soltanto il 30%".

Quali provvedimenti suggerisce?

"Ritengo che aumentare lo stipendio d'emblée in maniera sostanziosa, permetterebbe di sicuro di riacquisire da parte del medico un appeal che oggi è stato perso nei confronti del Servizio sanitario nazionale.



In Italia sono pochi e mal pagati, così valutano proposte dall'estero

L'Inghilterra ci scippa gli infermieri

Un ospedale britannico offre agli operatori sanitari bolognesi 1.500 sterline a settimana affinché si trasferiscano. A decine hanno accettato. Un fenomeno nazionale: dal 2019 sono addirittura 10mila a essere "emigrati" oltre Manica

LUCA PUCCINI

■ Che sia un «evidente cortocircuito» (come dice Pietro Giurdanella, il presidente dell'Ordine degli infermieri di Bologna) non ci piove: mancano infermieri, ne mancano sempre di più, siamo costretti a "importare" i professionisti stranieri per riempire le corsie e, intanto, i nostri vanno a lavorare fuori d'Italia, dove vengono pagati meglio. Partono, la valigia pronta con il camice dentro, ogni mese, ogni settimana, per mete anche lontane dall'Europa, per l'Arabia Saudita e per il Regno Unito.

IL CASO

Ecco, appunto, l'Inghilterra oltre la Manica, lassù, serve pure il passaporto, oramai, per varcare la frontiera. Eppure l'ospedale di Exeter, nel Devon, tra la punta più a Sud della Gran Bretagna e Bristol, cerca (e cerca disperatamente) gli infermieri italiani, quelli bolognesi. Li tenta, offre loro uno stipendio di 1.500 sterline (che fanno 1.758 euro, spicchio più spicchio meno) non al mese ma addirittura a settimana, li stuzzica, li corteggia. E loro ci pensano, ragionano, fanno due conti e, alla fine, accettano.

Uno, due, a decine. Le richieste sempre più pressanti, le proposte sempre più appetibili: e allora torna Giurdanella, col computer davanti, con la schermata della posta elettronica e quelle email, tutte uguali, tutte formali, di seguito, che altro non sono che una comunicazione dovuta. Spettabile-ordine-ho-intenzione-di-lasciare-la-città. «In questo momento, in Emilia Romagna, servirebbero 4mila infermieri», spiega, «anche se no quadro italiano la nostra Regione è quella coi numeri più favorevoli (ci arriviamo,

ndr), parliamo comunque di una situazione di crisi. Anche se domattina decidessimo di assumerne a migliaia non abbiamo i professionisti disponibili».

Ed è un guaio, un guaio vero, perché gli infermieri sono la colonna vertebrale della sanità e se non ci sono loro gli ospedali non funzionano a dovere, i pronto soccorsi non funzionano a dovere, manco le sale operatorie funzionano a dovere. Ha ragione, Giurdanella, il problema (che nuovo non è e, forse, proprio per questo, è ancora più grave) è nazionale.

Nei primi 22 anni del nuovo secolo 48mila infermieri (la stima è del *Quotidiano sanità* che ha elaborato i dati del database Ocse) si sono trasferiti all'estero (con loro se ne sono andati anche 131mila medici): nel triennio 2019-2021 hanno scelto il Belgio in 1.575, la Germania in circa 2.700, la Svizzera in 2.342 e (guarda un po') il Regno Unito in qualcosa come 10.135. Numeri più contenuti hanno riguardato, invece, il Canada (112), il Cile (quattordici), la Finlandia (sei), la Francia (718), Israele (54), l'Olanda (57), la Nuova Zelanda (sedici), la Norvegia (40), la Slovenia (uno soltanto) e la Svezia (39).

Non è un cambio di vita, è una diaspora. Solo nel 2023 si sono cancellati dall'albo professionale (vuol dire che tra loro c'è chi se ne è andato e chi ha rinunciato all'incarico e chi ha deciso di smettere di lavorare) in 6mila, la Regione più colpita dal fenomeno è stata la Lombardia ed entro i prossimi nove anni (ossia per il 2033) sono previsti 127mila pensionamenti.

L'altra faccia della medaglia è che, al momento, abbiamo una media ogni mille abitanti di 6,3 infermieri (che è

nettamente più bassa di quella europea, la quale arriva a 8,3): per colmare la carenza da Sondrio a Lampedusa ce ne servirebbero almeno 63.500 (ci siamo arrivati), la maggior parte dei quali è necessaria al Settentrione (lì l'ammacco è di almeno 27mila professionisti, mentre al Centro se ne cercano 13mila e al Meridione 23.500). Gli attuali (gli ultimi dati sono riferiti al 2022) iscritti all'ordine di categoria sono meno di 400mila (395mila).

STRANIERI RECLUTATI

Pochi, troppo pochi. Infatti, da anni, facciamo anche noi come il Regno Unito, cerchiamo di "reclutare" gli stranieri: secondo la Fnopi, che è la Federazione nazionale degli ordini professionali infermieristici, al 31 dicembre del 2022 i colleghi non italiani erano circa 38mila, 25.061 dei quali regolarmente iscritti, 11mila immessi durante la pandemia e 1.800 con gli effetti del decreto Ucraina. Meglio loro di niente, sia chiaro, tutto sommato ne va della nostra pelle: ma indipendentemente da come si rigira la frittata, la questione resta. Aaa, infermieri cercansi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO

Parlamento-Regioni, sfida sul fine vita

Il 26 in Senato parte l'iter della legge sul suicidio assistito, intanto alcune assemblee locali discutono le loro

FRANCESCO OGNIBENE

«**M**artedì 26 marzo le Commissioni Giustizia e Affari sociali del Senato inizieranno l'esame della legge sul suicidio assistito a mia prima firma». Ne dà notizia Alfredo Bazoli, capogruppo Pd in Commissione Giustizia a Palazzo Madama, già firmatario del disegno di legge chiamato a ricalcare la sentenza 242 del 2019 della Corte costituzionale che depenalizzava a ben precise condizioni alcuni delimitati casi di aiuto al suicidio. La legge, non priva di passaggi controversi, era stata approvata alla Camera il 10 marzo 2022, durante la precedente legislatura, con 253 voti a favore (la sinistra, M5s e alcuni deputati del centrodestra) e 117 no. Il provvedimento era passato al Senato, ma la caduta del governo Draghi e la fine anticipata della legislatura ne aveva interrotto l'iter. Ora il testo riprende la strada in Parlamento (ma sarà necessario l'esame di entrambe le Camere), mentre in alcune Regioni è in discussione la proposta di legge (che vuole andare oltre i paletti piantati dalla Corte) presentata in fotocopia in vari Consigli regionali dall'Associazione radicale Luca Coscioni dopo aver rac-

colto le firme per l'iniziativa popolare. Una spinta "federalista", giuridicamente insostenibile (la materia è riserva di legge statale, come ha ricordato l'Avvocatura dello Stato) che ha messo in evidenza la necessità di affrontare la questione a livello nazionale, secondo le indicazioni della stessa Consulta.

In attesa che si muova il Parlamento, alcuni Consigli regionali vanno avanti con l'esame della legge locale nella formulazione radicale. È il caso del Piemonte, dove il progetto potrebbe essere discusso nei prossimi giorni in Consiglio regionale (prossimo allo scioglimento). Una prospettiva definita «inquietante» dal settimanale della diocesi di Torino *La*

Voce e il Tempo: «Con quale serietà si propone che le Regioni d'Italia decidano sulla soppressione della vita umana ciascuna per proprio conto, in ordine sparso, regolando diversamente

la morte dei piemontesi rispetto a quella dei siciliani o degli abruzzesi? - si chiede nell'editoriale il direttore Alberto Riccardonna -. Conviene ricordare, al di là degli slogan, che oggi in Italia non esiste alcun diritto al suicidio assistito». La Corte costituzionale, aggiunge la voce della Chiesa torinese, «non ha imposto ai medici nessun obbligo di collabo-

rare al suicidio di nessuno, dunque non esiste alcun diritto esigibile. Solo entro questi paletti i giudici costituzionali hanno raccomandato che il Parlamento nazionale regolamenti la depenalizzazione». Dunque «è completamente privo di serietà, in Piemonte e in altre Regioni d'Italia (Veneto, Emilia Romagna), il tentativo di imboccare scorciatoie e legiferare a macchia di leopardo, ponendo i cittadini in condizioni di disuguaglianza sul tema fondamentale della morte». E mentre in Emilia-Romagna una rete di associazioni cattoliche ha impugnato davanti al Tar le recenti "Istruzioni" della giunta regionale per il suicidio assistito, in Toscana i radicali depositano il loro disegno di legge, con 10mila firme. Ma questa non può essere la soluzione.

**Il settimanale della diocesi di Torino: no a scorciatoie regionali
«Non esiste alcun diritto di morire»**



Tampone anti dengue

Test volontari per chi rientra dai Paesi sudamericani
Ma le Regioni sono in ritardo: vaccini col contagocce

IL CASO

PAOLO RUSSO

Contro il rischio di una epidemia di dengue arrivano i tamponi, volontari, per chi rientra da Paesi dove la malattia è endemica, ma l'arma più importante per prevenirla, il vaccino, è ancora uno sconosciuto nella maggioranza delle Regioni alle quali spetta il compito di acquistarli e distribuirli.

Intanto il direttore della prevenzione al ministero della Salute, Francesco Vaia, ha firmato una nuova Circolare indirizzata tra gli altri alle autorità portuali e all'Enac affinché alzino il livello di guardia, organizzando disinfestazioni accurate su navi e aerei provenienti dai Paesi dove il virus diffuso della zanzara *Aedes aegypti* ha una forte circolazione, come Brasile e buona parte del Sud America. Aree

endemiche sono presenti anche nella a noi vicina Croazia. Controlli sono previsti sulle imbarcazioni che nei 28 giorni precedenti siano transitate per Paesi a rischio. L'obiettivo è impedire che la *aegypti*, fino ad oggi sconosciuta in Italia, sbarchi anche da noi per poi trasmettersi attraverso la assai più diffusa zanzara tigre. Ma il ministero della Salute ha già stretto accordi anche per l'approvvigionamento, inizialmente gratuito, di test per controllare su base volontaria i passeggeri provenienti dai Paesi a rischio.

Mentre il dicastero chiede di intensificare controlli e disinfestazioni in buona parte delle Regioni, il vaccino anti-dengue non è però ancora disponibile. E dove viene somministrato si pagano comunque intorno ai 100 euro, salvo non si sia già contratta in passato la

dengue, perché in tal caso il vaccino è gratuito.

Attualmente in Piemonte si è fermi in attesa di indicazioni ministeriali, mentre il vaccino a 80 euro si trova nelle farmacie, ma bisogna poi trovare un medico che lo somministri. In Friuli Venezia Giulia ci sono 300 dosi in attesa di essere distribuite. La Campania ne ha 278 da mettere a gara anche se le Asl, informa la Regione, "possono" acquistarle privatamente. In Liguria non hanno lesinato con gli acquisiti, 1.150 le dosi pronte che attendono però ancora di essere distribuite. Va peggio nel Lazio, dove i vaccini acquistati dalla Regione sono per ora solo 290 (1.500 in tre anni), dei quali 141 già somministrati allo Spallanzani di Roma, l'unico ospedale laziale dove è possibile immunizzarsi. In Veneto e Lombardia ci si può vaccinare, e in que-

st'ultima regione le dosi già distribuite sono cinquemila. In Puglia c'è una procedura di acquisto per 2.000 vaccini, ma per ora nei centri per le malattie tropicali non c'è una fiala. Idem in Sicilia, dove le gare sono in corso. Nella restante metà delle regioni tutto tace.

All'estero l'allerta è già alta. Diversi Paesi del Centro e Sud America, come Perù, Argentina, Guatemala e Brasile, hanno decretato lo stato d'allerta, mentre in Italia sono già 48 i casi certificati quest'anno. Intanto nei laboratori, come racconta il biologo dalla Statale di Milano, Paolo Gabrieli, si sta cercando di fabbricare gli "amanti killer": maschi di zanzare che uccidono le femmine tenendo così sotto controllo una proliferazione che rischia di diventare l'anticamera della futura "epidemia X". —



LO STUDIO DEL SAN RAFFAELE DI MILANO

La scoperta: i linfociti T proteggono dal Covid anche senza gli anticorpi

VITO SALINARO

La pandemia sembra essere relegata ad un brutto ricordo. Ma il virus Sars-CoV-2, che l'ha provocata, circola e continuerà a farlo chissà per quanto tempo ancora. Ora, cosa accadrebbe se emergessero nuove varianti di questo sgradevole patogeno in grado di eludere la nostra reazione anticorpale? La risposta arriva da uno studio dell'Ospedale San Raffaele di Milano, appena pubblicato su *Nature Immunology*, secondo cui i linfociti T, che, come uno scrigno prezioso, custodiscono la memoria del nostro sistema immunitario, bastano a proteggerci dalle nuove mutazioni anche in assenza di anticorpi specifici diretti proprio contro le forme emergenti del Sars-CoV-2. Dunque, secondo

gli scienziati dell'Irccs milanese, una infezione precedente e la vaccinazione imprimono nelle nostre difese naturali un vero e proprio "ricordo" che resta nel tempo e che rappresenta uno scudo efficace in caso di nuovi, e insperati, incontri con il virus. Nelle parole del coordinatore della ricerca, Matteo Iannacone, direttore della divisione di Immunologia, trapianti e malattie infettive del San Raffaele, c'è la portata della scoperta: «Lo studio modifica la comprensione tra-

dizionale dell'immunità e dimostra l'importanza di includere la risposta immunitaria mediata dai linfociti T nel monitoraggio delle risposte alle vaccinazioni, e nelle strategie di sviluppo di nuovi vaccini». Che però, sia chiaro, restano di primaria importanza. Se infatti «l'indicazione alla vaccinazione rimane il tassello fondamentale per proteggere la popolazione da malattia grave», la ricerca evidenzia «l'efficacia di questo approccio anche per la protezione contro reinfezioni causate da varianti virali», dichiara Iannacone, che ha lavorato con Luca Guidotti, vicedirettore scientifico dell'Irccs e professore di Patologia generale all'Università Vita-Salute San Raffaele, Marco Bianchi, responsabile dell'Unità dinamica della cromati-

na al San Raffaele e professore di Biologia molecola nella stessa università, e Raffaele De Francesco, responsabile del laboratorio di Virologia all'Istituto nazionale di Genetica molecolare e professore di Microbiologia alla Statale di Milano.

«Quando il nostro sistema immunitario viene colpito da un'infezione - ricordano gli esperti -, mette in atto diversi meccanismi di difesa tra i quali l'attivazione dei linfociti B, deputati a produrre anticorpi, e quella dei linfociti T che coordinano l'intero sistema immunitario, sconfiggendo le cellule

identificate come estranee e quindi potenzialmente dannose». Finora, spiegano i ricercatori, la ricerca sul Covid-19 «ha enfatizzato principalmente la risposta anticorpale presupponendo che la reazione mediata da anticorpi fosse il principale, se non il solo, meccanismo di protezione dopo la vaccinazione o l'entrata in contatto con il virus»; questo lavoro, condotto sui topi, apre invece nuove prospettive sulla comprensione del comportamento delle nostre difese immunitarie contro il Sars-CoV-2.

«Finalmente - commenta Roberto Burioni, docente di Microbiologia e virologia all'ateneo "Vita-Salute" - sappiamo perché il vaccino anti-Covid, anche se gli anticorpi svaniscono, protegge a lungo contro l'infezione grave». È un «lavoro importantissimo, anche perché può costituire la base per capire meglio la protezione che il sistema immunitario ci fornisce contro i virus e per mettere a punto vaccini più efficaci. Non solo contro il Covid».

Queste cellule, indotte da un'infezione precedente o dalla vaccinazione, formano uno scudo contro le nuove varianti. «La ricerca apre ora a vaccini ancora più efficaci»



ECONOMIA TECNOLOGIA E MEDICINA

Per il chirurgo addestramento da astronauta

EMILIO COZZI

Realtà virtuale e aumentata, simulatori di ultima generazione e l'esperienza di chi lavora in condizioni di stress estremo, nei cieli e oltre: sono gli ingredienti con cui Astro-Nets intende migliorare la formazione dei neurochirurghi del futuro, un bagaglio di competenze ispirato alle metodologie di addestramento di piloti e astronauti.

L'obiettivo di Astro-Nets, acronimo di Astronauts for Neurosurgery Training Scheme, è sviluppare percorsi formativi strutturati e misurabili, grazie ai quali un neurochirurgo sappia gestire qualsiasi situazione in sala operatoria, come un astronauta farebbe in orbita.

Già in corso e per un anno, il progetto coinvolge in via sperimentale dieci specializzandi dell'Università Statale di Milano. È il frutto della collaborazione tra la Fondazione Heal, che sostiene la ricerca neuro-oncologica, la Scuola di Specializzazione in Neurochirurgia dell'ateneo meneghino diretta dal professor **Francesco DiMeco**, l'Istituto neurologico Carlo Besta di Milano e Deep Blue, azienda italiana di ricerca multidisciplinare già selezionata dall'Agenzia spaziale europea (l'Esa) per addestrarne la nuova classe astronautica.

«Le caratteristiche comuni tra chirurghi neurologici, astronauti e piloti includono la competenza elevata e la responsabilità delle vite altrui – spiega **Vanessa Arrigoni**, lead consultant di Deep Blue – quando parliamo di un "approccio innovativo" ci riferiamo principalmente a due aspetti. Il primo riguarda l'integrazione delle competenze: andiamo oltre il semplice allenamento su abilità tecniche isolate. Non ci limitiamo, per esempio, a esercitazioni su manichini, ma simuliamo scenari complessi. Questo include la gestione di emergenze reali, in cui il neurochirurgo deve

operare con il team, sotto pressione, e gestire molte attività contemporaneamente. Il secondo aspetto riguarda le esperienze in contesti sfidanti: portiamo gli specializzandi in ambienti ostili, come la montagna, per mettere alla prova le loro *soft skills* in situazioni di stress elevato. Questo aiuta a identificare e a correggere dinamiche disfunzionali e offre insegnamenti applicabili anche nell'ambiente clinico quotidiano».

«È una scommessa, nata dalla convinzione che affrontare l'ignoto nello spazio possa insegnarci a salvare vite sulla Terra», aggiunge **Alessandro Perin**, neurochirurgo del Besta e direttore scientifico del Neuro Sim Center, centro di simulazione all'avanguardia. «Astro-Nets – spiega – è il ponte che collega il mondo del Neuro Sim Center a quello della medicina e della chirurgia. Attraverso l'integrazione di tecniche di formazione degli astronauti e dei piloti aeronautici, apriamo un nuovo capitolo nella preparazione dei neurochirurghi, focalizzandoci sulla resistenza, sulla precisione, sulla collaborazione e migliorando le capacità decisionali sotto stress, virtù preziose in aria quanto in sala operatoria».

Significa aggiungere metodologie di training aerospaziale alla pratica medica su modelli cerebrali stampati in 3D e ottenuti dalle immagini di risonanza magnetica dei pazienti, oppure a simulazioni virtuali di casi chirurgici, in grado di riprodurre l'ambiente e il campo operatorio, addirittura le sensazioni tattili, come la diversa resistenza del tessuto cerebrale. Si possono provare un'incisione, l'impianto di un catetere ventricolare, una dissezione tumorale. «Queste tecniche non solo



sfidano l'immaginazione – precisa Perin – ma creano anche un ambiente privo di rischi, dove l'errore si trasforma in un'opportunità di apprendimento e lo stress in

un alleato da conoscere e gestire».

L'approccio, promette Astro-Nets, consentirà di arricchire l'apprendistato tipico, basato sull'emulazione dell'insegnante e sulla progressione «per tentativi ed errori»: «Oggi, per fortuna, le cose sono cambiate – spiega ancora Perin – differenze e talenti vanno valorizzati in modo scientifico; la dignità del paziente e quella del medico in formazione rispettate entrambe. Anche in questo mi piacerebbe imparassimo da piloti e astronauti, che, con la loro enfasi su leadership, lavoro di squadra e gestione dell'emergenza, rappresentano un'ispirazione».

A confermarlo è **Paolo Nespoli**, testimonial di Astro-Nets che, prima di trascorrere 313 giorni nello spazio, gli astronauti (dell'Esa) li addestrava: «Oltre l'atmosfera – racconta – le cose si fanno più complicate, ma anche un'operazione, in particolare se al cervello, ha difficoltà spaventose. Per affrontarle servono un chirurgo qualificato e un team che lo supporti. Non è mai una persona sola a operare, l'ho constatato personalmente quando, qualche anno fa, fui ricoverato al Besta e curato proprio da Perin [per un tumore, ndr]. In quell'occasione provammo a capire se e come fosse possibile trasferire in sala operatoria le abilità che ci permettono di lavorare nello spazio».

È questo l'obiettivo essenziale dell'iniziativa: accrescere e trasmettere conoscenza. «Tutto è nato per volontà di mia figlia Gaia, una bambina il cui cuore ha

smesso di battere il 24 dicembre 2015 – spiega **Simone De Biasi** che con Fondazione Heal ha stanziato per Astro-Nets 120 mila euro – Gaia soffriva di una patologia chemio e radio resistente. «Credo di aver asportato tutto», ci disse il chirurgo. Quel «credo», ai tempi inevitabile, fu la scintilla: da allora lo scopo mio e di mia moglie (presidente di Heal, ndr) è stato contribuire all'estensione e alla condivisione del sapere». E l'obiettivo di Astro-Nets, adesso, è di venire integrato nei percorsi formativi ufficiali: «Sarebbe realizzare un sogno – conclude Perin – rendere accessibile un addestramento così trasformativo a tutti i medici, a prescindere dalla specializzazione. La visione di un futuro in cui la formazione abbracci il coraggio, l'innovazione e la compassione». **TE**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un progetto all'avanguardia permette di simulare situazioni in sala operatoria da gestire con competenze molto speciali in condizioni di stress estremo



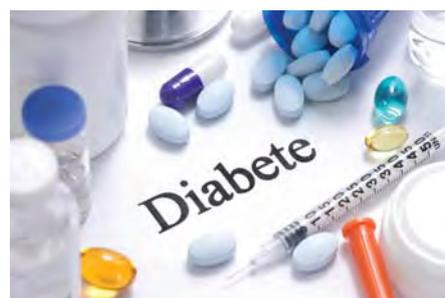
14 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Diabete: i sette obiettivi concreti e le azioni urgenti delineate dagli Stati Generali

Gli Stati Generali sul Diabete in corso a Villa Mondragone, mirano a elaborare un documento destinato al ministro della Salute, Orazio Schillaci che permetta di delineare le strategie chiave per affrontare il diabete in Italia. Il documento abbraccerà argomenti cruciali come la prevenzione, la diagnosi precoce, il monitoraggio, la cura e l'organizzazione dell'assistenza, ribadendo il ruolo centrale delle strutture diabetologiche e della medicina generale nel panorama italiano della salute.



Organizzati da FeSDI, Università di Roma Tor Vergata e l'Intergruppo parlamentare Obesità diabete e malattie croniche non trasmissibili, gli Stati Generali hanno lo scopo di coagulare l'impegno comune di tutti i protagonisti. I panel di discussione hanno preso spunto dalle criticità dell'assistenza e su queste, hanno identificato gli obiettivi più urgenti per una assistenza adeguata alla popolazione con diabete. Società scientifiche, associazioni pazienti e tutte le parti interessate si sono poste obiettivi strategici per una assistenza coerente con i bisogni delle persone con diabete. Gli obiettivi sono inseriti nel documento dal titolo "Un impegno comune per il diabete in Italia" che vuole costruire una strategia nazionale per una visione condivisa sulla patologia.

● **Disuguaglianze nell'accesso all'assistenza** - Solo il 30% delle persone con diabete riceve una assistenza specialistica e, anche tra coloro che accedono alle strutture diabetologiche, una minoranza riceve consulenza dietistica o accede a percorsi di educazione terapeutica, una disuguaglianza da colmare. L'accesso ad una assistenza specialistica e di qualità non è variabile solo tra le diverse regioni ma anche all'interno di esse, con una distribuzione eterogenea e 'subottimale' delle strutture deputate all'assistenza, la presenza di così come i singoli specialisti che operano in ambulatori senza il supporto dei team multiprofessionali che potrebbero erogare una assistenza più completa ed efficace.

● **Outcome peggiori in mancanza di integrazione** – Quando manca la necessaria integrazione tra strutture di diabetologia e Medicina Generale, si assiste a outcome di salute peggiori e complicanze più frequenti. Ma anche in presenza di centri multiprofessionali, non sempre questi sono nelle condizioni di garantire adeguati volumi di assistenza, a causa della carenza di risorse umane.

● **Personale di assistenza, numeri insufficienti per la qualità** - Gli obiettivi vanno dal potenziare e ottimizzare la rete diabetologica, ad articolare la rete in almeno 350-400 centri multiprofessionale che assistano 15mila persone ciascuno. Necessario poi allocare fondi adeguati al reclutamento e la formazione di personale: servono un diabetologo e un infermiere ogni mille pazienti quindi almeno 4mila specialisti rispetto agli attuali 2mila e 4mila infermieri rispetto agli attuali 1500. Raddoppio necessario anche per i dietisti che dovrebbero passare dagli attuali 400 a 800, oltre a psicologi e podologi. Oltre a potenziare le professionalità dei diabetologi con competenze manageriali.

● **Mancanza di sinergia e percorsi frammentati** – Garantire sinergie è un altro degli obiettivi elencati, necessaria quindi maggiore collaborazione tra specialisti e MMG e tra team diabetologici e case di comunità, ospedali e RSA. Infine, implementare la digitalizzazione e integrarla per migliorare la qualità dell'assistenza.

● **Investimenti in formazione e ricerca** – Allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione del personale dedicato all'erogazione dell'assistenza per le persone con diabete, rafforzando le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore del Team, anche attraverso una formazione specifica dedicata alle competenze manageriali. Sostenere infine la Ricerca per una sempre migliore qualità di cura e di vita per le persone con diabete.

● **Diffusione, implementazione e potenziamento della digitalizzazione** – Supportare processi di digitalizzazione per migliorare la qualità

dell'assistenza, promuovendo e sostenendo il continuo dialogo medico-paziente e il confronto tra i diversi professionisti coinvolti nei percorsi di presa in carico.

Gli Stati Generali hanno previsto quattro panel di discussione che hanno affrontato il potenziamento dell'assistenza, la tutela dei diritti delle persone con diabete, l'adozione di strategie di prevenzione primaria e secondaria e l'omogeneità di cure e trattamenti sul territorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Stati generali diabete/ Costi diretti per 14 miliardi dai 4 milioni di pazienti in Italia. Schillaci: Prevenzione e un Registro nazionale

Con un impatto sul Servizio Sanitario Nazionale di 14 miliardi annui, solo in termini di costi diretti, a cui si aggiungono altrettanti costi indiretti, i circa 4 milioni di italiani con diabete rappresentano oggi un'emergenza sanitaria assoluta. Se si considera che un ulteriore milione di cittadini convive con la patologia senza saperlo, che oltre 3 milioni hanno un alto rischio di svilupparla e che le sue complicanze possono ridurre l'aspettativa di vita in media di 6 anni, appare evidente l'urgenza di mettere in campo azioni in grado di arrestare la crescita del diabete nel nostro Paese. Con l'obiettivo di porre il problema tra le priorità dell'agenda politica italiana e formulare una strategia d'intervento condivisa a livello nazionale, FeSDI – Federazione delle società diabetologiche italiane, Università di Roma Tor Vergata e Intergruppo parlamentare Obesità diabete e malattie croniche non trasmissibili hanno promosso gli Stati Generali sul Diabete. L'evento, organizzato a Villa Mondragone, Monteporzio Catone (Roma), vede la partecipazione di tutti i principali protagonisti del settore: società scientifiche, associazioni pazienti, aziende, società civile, Istituzioni.

Verso un documento programmatico. I delegati sono al lavoro per la stesura di un documento programmatico volto a migliorare prevenzione, diagnosi precoce, monitoraggio, cura e organizzazione dell'assistenza alle persone con diabete in Italia, da consegnare al ministro della Salute Orazio Schillaci. Partendo dalle attuali criticità (disuguaglianze nell'accesso all'assistenza

specialistica, scarsa integrazione tra strutture diabetologiche e medicina generale, carenza di risorse umane), il documento intende focalizzarsi su alcuni obiettivi prioritari: potenziare la rete diabetologica, ampliarne il personale, garantire maggiore sinergia tra tutti i suoi nodi, sviluppare la digitalizzazione, sfruttare la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di “manager” della cronicità. L’assistenza specialistica ha dimostrato di ridurre la mortalità nelle persone con diabete di quasi il 20%, garantisce alla cura un approccio in team multidisciplinare e multiprofessionale e favorisce un maggior accesso all’innovazione farmacologica e tecnologica, che andrebbe offerta in modo più equo su tutto il territorio nazionale.

«Il diabete è una delle sfide più importanti del nostro tempo ed è una priorità per la salute a livello globale - dichiara Schillaci -. La prevenzione e la promozione di corretti stili di vita sono al centro delle nostre politiche pubbliche e siamo costantemente impegnati per garantire equità nelle cure e per favorire un’assistenza sempre più multiprofessionale ai pazienti, anche attraverso le potenzialità delle nuove tecnologie digitali. L’alleanza tra mondo scientifico, medico, accademico e istituzionale è una sinergia imprescindibile per dare risposte sempre più efficaci e tempestive, all’altezza della crescente domanda di salute».

«Il diabete è una patologia complessa, con un’importante matrice socio-economica - evidenzia Riccardo Candido, presidente FeSDI e AMD -. Le fasce di popolazione più vulnerabili e con i più bassi livelli d’istruzione sono, infatti, quelle più a rischio. Dato il suo pesante impatto, non solo sulla salute e sulla qualità di vita di milioni di cittadini ma anche sulla sostenibilità del SSN, il diabete è chiaramente una sfida così impegnativa che solo una forte alleanza tra tutti gli stakeholder del sistema può cercare di vincere».

«I trend crescenti dei fattori di rischio per il diabete aumentano la complessità della patologia, i rischi di complicanze e il suo trattamento - commenta Angelo Avogaro, Presidente SID e past president FeSDI -. Nonostante gli standard qualitativi della sanità italiana, ci sono carenze strutturali come il numero di diabetologi e infermieri specializzati che richiedono adeguata formazione. Migliorare gli outcome dei nostri pazienti infatti implica diminuire anche la pressione sui costi del Ssn».

«Con la nascita dell’Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, l’Osservatorio spin-off IBDO di Roma Tor Vergata - spiega Nathan Levialedi Ghiron, rettore dell’università di Roma Tor Vergata - l’Ateneo ha da tempo avviato un progetto per l’analisi sistematica dell’impatto di diabete e obesità nel nostro Paese. Negli ultimi anni si sono fatti grandi progressi, ma si può ancora fare. Il diabete, con il suo carico sociale, clinico ed economico, rappresenta un modello sul quale riflettere e trovare sinergie operative per una serie di motivazioni che non possono essere ignorate. Siamo infatti in presenza di una vera pandemia».

«Gli Stati Generali – ricorda Massimo Federici prorettore alla Ricerca

dell'università di Roma Tor Vergata e coordinatore del Comitato tecnico-scientifico degli Stati Generali sul Diabete - sono uno spazio di dialogo, accessibile ai portatori di interessi collettivi sociali, economici, politici e sanitari sul diabete, e riuniscono tutte le parti sociali, le società scientifiche, le associazioni di categoria e gli esperti, per trovare una strategia comune per portare il diabete al vertice dell'agenda politica del nostro Paese. E nascono da un Patto di legislatura sul Diabete, presentato nel 2022, col chiaro intento di focalizzare una forte attenzione istituzionale su una delle più diffuse malattie croniche non trasmissibili. Soprattutto, gli Stati Generali sottolineano il ruolo chiave delle strutture diabetologiche e a indirizzo endocrino-metabolico e della medicina generale, con l'irrinunciabilità dell'accesso all'innovazione tecnologica, diagnostica, terapeutica, nella cura e nel monitoraggio e la necessità di liberare risorse per garantire la piena accessibilità equa sul tutto il territorio nazionale».

L'impegno del Parlamento. «L'impegno contro il diabete richiede un lavoro comune su più fronti: assicurare ai sanitari formazione e risorse adeguate per prestare la migliore assistenza e diminuire il "carico di malattia", garantire l'accesso ai servizi, alle terapie e alle informazioni, per tenere sotto controllo i livelli glicemici e rallentare la progressione verso stadi più severi, consentire un accesso equo per tutti alle strutture di diabetologia - dichiara la Sen. Daniela Sbröllini, Presidente Intergruppo Parlamentare Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili e Vicepresidente della X Commissione Affari sociali, sanità, lavoro e previdenza sociale del Senato -. Come Intergruppo siamo fortemente impegnati verso questi obiettivi, anche attraverso l'impulso legislativo. L'alleanza fra mondo scientifico, istituzioni e pazienti è determinante nel contrasto a questa pandemia». «Il contrasto al diabete necessita di un impegno deciso nel promuovere la diagnosi precoce e la pianificazione dei trattamenti al fine di controllare le complicanze. Come l'obesità, il diabete comporta gravi ripercussioni sulla qualità della vita di chi ne è affetto, e dei suoi familiari, oltre che un impatto importante sull'economia del Paese, con costi diretti, sociali, economici e clinici e costi indiretti legati alla perdita di produttività - dichiara l'On. Roberto Pella, Presidente Intergruppo Parlamentare Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili e Vicepresidente Vicario di Anci -. È fondamentale mettere il tema al centro dell'agenda politica secondo un approccio olistico e multisettoriale, volto a garantire alle persone con diabete gli stessi diritti delle persone sane, portando avanti un'alleanza tra tutti i soggetti coinvolti e promuovendo a tutti i livelli di governo la cultura dei sani stili di vita e della prevenzione».

Il focus del ministro della Salute su prevenzione, telemedicina e un Registro . «Le malattie croniche non trasmissibili rappresentano una sfida importantissima per una nazione come l'Italia: aspiriamo a che gli italiani vivano di più ma anche in buone condizioni di salute - ha premesso Schillaci

nel suo intervento -. Il diabete è una priorità di livello mondiale e purtroppo è anche in costante crescita nelle nazioni a basso e medio reddito. In Italia sono quasi 4 milioni i pazienti con diabete e molti altri non sanno di averlo: il quadro epidemiologico è complesso e dovuto sicuramente a stili di vita non corretti come alimentazione, sedentarietà e uso rischioso di alcol e fumo. Anche su questo c'è impegno massimo per far sì che le abitudini corrette siano trasmesse fin dalle scuole elementari». Per il ministro l'azione più importante è migliorare la prevenzione, «che vuol dire investire e non spendere - ha ammonito - per permettere ai cittadini di stare meglio e ai sistemi sanitari di risparmiare. Ricordo la dieta mediterranea che io chiamo italiana, un'attività fisica continua: dobbiamo garantire l'accesso ai servizi sanitari alle persone che convivono con il diabete e ridurre il peso di questa malattia sulla singola persona, sui suoi familiari e sul contesto sociale». Focus anche sulle disparità da superare anche grazie alla telemedicina su cui investe il Piano nazionale di ripresa e resilienza: «Purtroppo ci sono ancora tante disuguaglianze nell'accesso alle cure - ha avvisato -: il capitolo del Pnrr dedicato alla telemedicina può rappresentare un modo per superare le differenze anche tra i singoli territori. Dobbiamo contrastare le disuguaglianze sanitarie e far sì che ci sia parità anche di informazioni pure per le persone con minore scolarità che sono quelle che più facilmente sviluppano il diabete». Con il programma Guadagnare salute coordinato dal ministero si punta a « intervenire proprio sui fattori ambientali sui determinanti socioeconomici che influenzano molto l'insorgenza delle malattie croniche e avere delle politiche intersettoriali per sviluppare sinergie multidisciplinari negli ambienti di vita e di lavoro. È una sinergia testata - ha proseguito Schillaci -: è stata al centro dell'ultimo Piano prevenzione 2020-2025 e attualmente è in corso il monitoraggio delle attività di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, realizzate con i Piani regionali. Siamo fiduciosi che le regioni inviino le documentazioni entro la fine di questo mese». Contano le sinergie europee: «Siamo al lavoro per definire una piattaforma informatica e il disciplinare tecnico per la realizzazione di un Registro nazionale del diabete - ha annunciato ancora il ministro -. Questa implementazione rappresenta un obiettivo della Joint Action Jacadi che è un progetto europeo con l'obiettivo di facilitare lo scambio e trasferimento di buone pratiche tra Paesi partner per identificare gli approcci migliori nella prevenzione e la cura delle malattie croniche, con focus specifico sul diabete». Quanto all'accesso alle prestazioni sanitarie, l'Italia ha una rete capillare di centri e servizi di diabetologia, tra i migliori nel panorama nazionale e tante volte - ha aggiunto - mi dispiace che si parli male del Ssn: se guardate i dati Ocse vi rendete conto come per alcune prestazioni l'Italia è ai primi posti quindi non è sempre vero che il nostro sistema è così malridotto. È chiaro che va migliorato e su questo c'è tutto il nostro impegno anche con una

riorganizzazione ma va sicuramente riconosciuta la grande professionalità e qualità degli operatori sanitari che permette con il loro sacrificio di superare le difficoltà organizzative che si concentrano soprattutto in alcune regioni. Questa rete va ulteriormente valorizzata e integrata anche per avere una presa in carico dei pazienti più tempestiva e adeguata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 mar
2024

DAL GOVERNO

S
24

Disturbi nutrizione e alimentazione, 135 i centri mappati. In Emilia Romagna, Lombardia e Campania più servizi

di Istituto superiore di sanità

PDF [I centri per Regione](#)

La piattaforma dedicata ai centri di cura dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dna) conta a marzo 2024, 135 strutture sparse su tutto il territorio nazionale, di cui 115 pubbliche (appartenenti al Servizio sanitario nazionale - Ssn) e 20 appartenenti al settore del privato accreditato. La mappatura

territoriale a breve ospiterà anche le

associazioni che si occupano di Dna, che saranno individuate sulla base del possesso di specifici requisiti. I numeri sono pubblicati in occasione della giornata del Fiocchetto Lilla, che si celebra il 15 marzo.

Il lavoro, coordinato dal Centro nazionale dipendenze e doping dell'Istituto superiore di sanità, è realizzata con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute-CCM.

«È di primaria importanza l'intervento precoce nei casi dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in quanto se non trattati adeguatamente



aumentano il rischio di danni permanenti fino alla morte, nei casi più severi. L'esperienza maturata e riferita dai professionisti del settore evidenzia l'importanza di prevedere un intervento strutturato e multidisciplinare» – afferma Simona Pichini, responsabile facente funzione del Centro nazionale dipendenze e doping dell'Iss. «La piattaforma disturbialimentari.iss.it, costantemente aggiornata, è un servizio prezioso perché offre, in tempo reale, la panoramica dei centri sul territorio dedicati alla cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, consentendo ai cittadini affetti da tali disturbi, alle loro famiglie e a chi sta loro vicino, la possibilità di usufruire di interventi appropriati» afferma Luisa Mastrobattista, ricercatrice del Centro nazionale Dipendenze e Doping dell'Iss.

I numeri principali dei centri censiti- La distribuzione dei servizi sul territorio non è omogenea e il maggior numero dei centri (20) si trova in Emilia Romagna, seguita da Lombardia (16) e Campania (12) (vedi grafico allegato).- Rispetto alla fascia d'età presa in carico dai centri (ciascun centro ha potuto rispondere per ciascuna fascia d'età), l'85% ha dichiarato di prendere in carico persone di età pari o superiore a 18 anni, l'83% la fascia d'età 15-17 anni e il 47% i minori fino a 14 anni. La modalità di accesso è diretta (ossia è il paziente stesso che si reca nella struttura) nel 77% dei casi. I centri prevedono l'accesso mediante pagamento del ticket sanitario (67%), in modalità gratuita (33%), in regime di intramoenia (11%).- Sono 1652 i professionisti che vi lavorano, nella quasi totalità formati e aggiornati: soprattutto psicologi (23%), specialisti in psichiatria o neuropsichiatria infantile (15,7%), infermieri (13,8%), dietisti (11,6%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 mar
2024

NOTIZIE FLASH

S
24

Papilloma Virus, pubblicato su Vaccines lo studio del team Vaccibiome

E' stato pubblicato sulla rivista Vaccines un nuovo studio sullo sviluppo di un vaccino contro il Papilloma Virus Umano (HPV) basato sull'utilizzo, come piattaforma vaccinale, di vescicole di membrana esterna batteriche (OMVs). Lo studio, parzialmente finanziato dal progetto Europeo Advanced ERC

"Vaccibiome", è il frutto della collaborazione tra la Fondazione Toscana Life Sciences, l'Università di Trento, la start-up BiOMViS e il German Cancer Research Center diretto da Martin Müller. "I risultati preclinici di questo vaccino rappresentano per noi un grande traguardo, merito come sempre di tutto il gruppo di ricercatori coinvolti nelle nostre attività - commenta Alberto Grandi, ricercatore del gruppo Vaccibiome -. Abbiamo avuto un'ulteriore conferma dell'efficacia della piattaforma che abbiamo sviluppato in questi anni".

Punti di forza delle vescicole ingegnerizzate sono l'alta immunogenicità, la semplicità del processo produttivo, i costi limitati e la stabilità. Queste caratteristiche andrebbero a colmare le lacune degli attuali vaccini per HPV. "Stiamo cercando industrie farmaceutiche e investitori intenzionati ad avviare lo sviluppo clinico di questo nostro vaccino - sottolinea Grandi - perché crediamo che le doti di alta cross-protezione, i costi irrisori e la non necessità di una catena del freddo per trasporto e stoccaggio lo rendano un prodotto ideale per una campagna vaccinale in quei Paesi dove l'HPV



provoca ancora tanti morti ogni anno”. Inoltre, per Grandi “questo vaccino, utilizzato in combinazione con quelli attualmente in commercio, può portare a un prodotto universale contro HPV ad ampio spettro di azione con caratteristiche uniche di efficacia”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 mar
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Tumori: sono 183 i centri di ricerca in Italia. Qualità alta ma solo il 20% degli studi sulle molecole è no profit

di Evaristo Maiello *, Francesco Perrone **

Sono 183 i centri censiti che conducono ricerche cliniche in oncologia in Italia. Quasi il 50% si trova al Nord (90), il resto al Centro (44 centri) e al Sud (49 centri). Circa un terzo delle strutture (36%, pari a 66 centri) svolge più di 20 sperimentazioni all'anno, il 12% oltre 60. La qualità degli studi è garantita anche dalla presenza, nel 72% dei casi, di procedure operative standard (SOP, Standard Operating Procedure), cioè checklist che consentono di produrre risultati di alto livello. Resta però il nodo, ancora irrisolto, della mancanza di risorse e personale: il 68% (124 centri) è privo di un bioinformatico e il 49% (89) non può contare sul supporto statistico. Devono essere strutturate figure professionali indispensabili, come i coordinatori di ricerca clinica (data manager), gli infermieri di ricerca, i biostatistici, gli esperti in revisione di budget e contratti. E la digitalizzazione, che consente di velocizzare e semplificare i trial, è ancora scarsa: solo il 43% utilizza un sistema di elaborazione di dati e il 37% una cartella clinica elettronica. Serve un cambio di passo per sostenere la ricerca accademica, anche perché, oggi in Italia, solo il 20% degli studi sulle nuove molecole contro il cancro è no profit. La fotografia è scattata dalla seconda edizione dell'“Annuario dei Centri di Ricerca oncologica in Italia”, promosso dalla Federation of Italian Cooperative Oncology Groups (Ficog) e dall'Associazione italiana di



Oncologia medica (Aiom), un vero e proprio censimento delle strutture che realizzano sperimentazioni sui tumori nel nostro Paese, presentato al ministero della Salute. Il 14 marzo è la Giornata nazionale dei Gruppi cooperativi per la ricerca in Oncologia, promossa da Ficog, un evento che si celebra ogni anno per sensibilizzare i cittadini sull'importanza dei trial clinici indipendenti.

Questo volume analizza le caratteristiche di 183 centri, il 23% in più rispetto all'edizione dello scorso anno, contribuendo così a fornire un'analisi ancora più realistica dello stato della ricerca sul cancro nel nostro Paese. L'80-90% dei centri ha una radiologia accreditata in sede, è dotato di un'anatomia patologica, di un laboratorio analisi accreditato, di un laboratorio di biologia molecolare in sede e dispone di un ufficio amministrativo dedicato. Va però evidenziata una netta riduzione dello spazio per la ricerca indipendente, come emerso anche dal Rapporto dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) sulle Sperimentazioni Cliniche. In un anno (2021-2022), nel nostro Paese, gli studi clinici non sponsorizzati dall'industria farmaceutica sono passati dal 22,6% al 15% del totale. Una diminuzione di oltre il 7% solo in 12 mesi, che rischia di impoverire fortemente il sistema della ricerca no profit in Italia, soprattutto in aree molto critiche come l'oncologia.

Nel 2023, in Italia, sono state stimate 395.000 nuove diagnosi di cancro. I tumori su cui si concentra il maggior numero di sperimentazioni sono quelli gastrointestinali, mammari, toracici, urologici e ginecologici.

Come spiega il Ministro della Salute, Prof. Orazio Schillaci, nella prefazione del libro, "grazie alla ricerca e alla prevenzione, oggi in Italia il 60% dei pazienti è vivo a cinque anni dalla diagnosi di cancro e un milione di persone può essere considerato guarito. Questi risultati ci infondono fiducia e costituiscono uno stimolo a investire con forza nella ricerca scientifica per far sì che i pazienti possano accedere in tempi più brevi a terapie innovative e sicure, nonché per garantire una maggiore competitività dell'Italia a livello globale".

Il 21% delle strutture è inserito nei centri Aifa accreditati per la Fase I, in cui rientrano gli studi più complessi perché prevedono requisiti stringenti, procedure operative dedicate e una certificazione da parte dell'ente regolatorio.

Il potenziale della ricerca oncologica in Italia è davvero significativo e i nostri studi sono all'avanguardia, ma servono più finanziamenti pubblici. Vi sono, inoltre, forti criticità nella disponibilità di personale e di una solida infrastruttura digitale. Oggi, in Italia, solo un quinto degli studi sulle nuove molecole contro il cancro è no profit. Questi elementi impongono un cambio di passo. Le sperimentazioni a fini regolatori sono paragonabili a 'istantanee' sull'efficacia e la sicurezza dei nuovi farmaci. I limiti intrinseci agli studi registrativi non consentono di ottimizzare l'uso di una terapia nell'intero percorso terapeutico del paziente. La ricerca accademica può

affrontare queste lacune e assolvere alla propria missione di migliorare la pratica clinica. Però è necessario un salto di qualità. Vanno previsti studi che non restringano l'attenzione sull'efficacia e tossicità di un singolo farmaco o di una singola associazione di farmaci in un segmento delimitato della storia naturale della malattia, ma guardino all'intero percorso di cura dei pazienti. È necessario riorganizzare i trial, creando protocolli adattativi, che si aggiornino con l'evoluzione degli scenari diagnostici e terapeutici e che guardino a ogni singolo snodo decisionale, rendendo esplicita ogni tappa del percorso di cura. In questo senso, gli studi di sequenza terapeutica possono ottimizzare l'efficacia delle opzioni terapeutiche disponibili.

Come ha evidenziato Elisabetta Iannelli (Segretario Favo, Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), va considerato il valore aggiunto della collaborazione attiva delle associazioni dei pazienti alla promozione, progettazione e realizzazione degli studi clinici. È necessario raccogliere dati da diverse fonti per capire le esigenze dei pazienti. Ad esempio i PROs, i 'patient-reported outcomes', sono indicazioni provenienti direttamente dai pazienti e rilevate mediante l'uso di questionari standardizzati e validati, per valutare il benessere dei pazienti, il loro stato di salute e la gestione delle terapie. La ricerca, inoltre, può consentire il ritorno alla vita attiva, che si traduce in risparmi per il sistema e contribuisce a dare sostanza alla condizione di guarito.

** Presidente Ficog (Federation of Italian Cooperative Oncology Groups)*

*** Presidente Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 mar
2024

EUROPA E MONDO

S
24

Global Women's Health Index: le donne italiane fanno sempre meno prevenzione oncologica

di Paolo Castiglia

“I risultati del rapporto annuale Hologic Global Women's Health Index, ora giunto al terzo anno, sono allo tempo stesso illuminanti e preoccupanti ed evidenziano l'importanza di aumentare gli sforzi collettivi per migliorare il benessere delle donne a livello globale. In un mondo in cui la salute delle donne riflette direttamente la salute delle società, è sorprendente osservare un peggioramento dei dati, specialmente in dimensioni cruciali come la prevenzione”. **Giacomo Pardini**, Senior Country Leader di Hologic Italia, ha commentato così i dati dell'Hologic Global Women's Health Index, l'indagine annuale, giunta alla sua terza edizione, che misura lo stato di salute delle donne e delle ragazze del mondo di età pari o superiore ai 15 anni. L'analisi è stata sviluppata in collaborazione con Gallup, che ha intervistato oltre 147.000 donne e uomini di 143 Paesi e territori, in più di 140 lingue. Pardini ha parlato di dati preoccupanti: l'indice ha evidenziato, infatti, che le donne italiane sono tra le meno partecipi ai programmi di prevenzione oncologica e malattie sessualmente trasmissibili: solo l'11% dichiara di essersi sottoposta a un test oncologico negli ultimi 12 mesi mentre la media EU è al 20%, e solo il 5% si è sottoposto a un test per le malattie o le infezioni sessualmente trasmissibili negli ultimi 12 mesi su una media europea all'8% e una media mondiale al 10%. L'Italia si colloca quindi al 17° posto nella



dimensione prevenzione nel 2022, al di sotto della media dei paesi EU (25). I numeri dello studio raccolti in Italia rivelano poi anche un'altra realtà particolarmente difficile: solo il 51% degli intervistati si dichiara soddisfatto della disponibilità di un'assistenza sanitaria di qualità nella propria zona, percentuale che tende a diminuire ulteriormente per le donne appartenenti alle fasce di reddito più basse (48%). Un dato allarmante, soprattutto se paragonato al 2020 – prima rilevazione – quando la soddisfazione era pari al 60% e rispetto la media globale ed UE (68%).

Oltre a questo, dai dati del rapporto Hologic si evidenzia come solo il 37% delle donne in Italia si sia sottoposto a un esame della pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi, un elemento in linea con il benchmark globale (36%) ma inferiore al benchmark UE (47%). Percentuale che è in diminuzione del 6% rispetto al 2020, quando molti esami routinari erano rallentati causa Covid-19.

Anche i dati sulla salute emotiva non sono confortanti. Dalla ricerca emerge che quasi 9 donne su 10 (86%) percepiscono la violenza domestica come un problema diffuso nel luogo in cui vivono, percentuale molto al di sopra della media globale (64%).

Dagli intervenuti in sede di presentazione del rapporto è emersa quindi la necessità di forti interventi sia nella prevenzione che nella comunicazione, come ha evidenziato la sen. Elena Murelli della Commissione Affari sociali del Senato, e sia sugli aspetti psicologici che investono le donne rispetto a questo tipo di malattie e di malesseri sul fronte emozionale intimo, come ha evidenziato Eleonora Castellacci, dirigente medico della Usl 10 di Firenze. In chiusura ancora Pardini ha lanciato un appello: “Visto che i comportamenti evidenziati nel rapporto influenzano significativamente l'aspettativa di vita media delle donne alla nascita, dobbiamo lavorare tutti insieme, imprese, associazioni e istituzioni, affinché la salute delle donne sia prioritaria, indipendentemente dalla posizione geografica, dallo stato economico o dal livello di istruzione”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 mar
2024

NOTIZIE FLASH

S
24

Malattie rare, Omar sigla accordo e diventa media partner di Eupati

Rendere i cittadini, e in modo particolare i pazienti e i caregiver, consapevoli di come funziona la ricerca clinica e il conseguente iter che porta una terapia dal laboratorio fin dentro la loro vita. È questo il principale

obiettivo che ha portato Omar - Osservatorio malattie rare e l'Accademia del paziente esperto Eupati a siglare un protocollo d'intesa che si fonda sull'esperienza ultradecennale nel campo dell'informazione di Omar e su quella di Eupati nella formazione di pazienti esperti.

Grazie a questa intesa, Omar ed Eupati collaboreranno, ciascuno per le proprie aree di competenza, per fornire alle persone con malattie o tumori rari, ai loro familiari e caregiver, oltre che a tutti i cittadini, un'informazione chiara, trasparente e documentata in ambito medico scientifico e, in particolare, sui trial clinici e sullo sviluppo dei farmaci.

«Un tempo queste tematiche venivano considerate troppo tecniche e si paventava il rischio che le informazioni non venissero correttamente comprese, generando false speranze. Ma il mondo è cambiato, una persona che cerchi notizie le troverà comunque nel web, ma senza garanzia che si tratti di corretta informazione. L'informazione non deve fermarsi di fronte alla difficoltà dei temi, anche perché oggi, grazie a realtà come Eupati, i cittadini sono più formati e pronti a ricevere queste notizie. Occorre invece continuare a lavorare - come facciamo da 14 anni - contro la disinformazione e la cattiva informazione mettendo in circolo notizie di qualità - sottolinea Ilaria Ciancaleoni Bartoli, Direttrice di Omar -. La collaborazione con Eupati, che ha fatto della formazione dei pazienti la



propria missione, non può dunque che arricchire il nostro lavoro e renderlo ancora più autorevole».

«Con questo accordo, Accademia del paziente esperto Eupati intende promuovere l'accesso a un'informazione di qualità, ponendo l'individuo al centro del proprio percorso di cura. Vogliamo che ogni paziente sia protagonista delle decisioni sulla propria salute, consapevole oltre che informato», aggiunge Nicola Merlin, Presidente Eupati (AdPEE) Aps. Anche Ota - Osservatorio terapie avanzate ha siglato alla fine del 2023 un accordo di collaborazione con AdPEE con l'obiettivo di realizzare attività di formazione e informazione sul tema della ricerca e sviluppo delle terapie avanzate. «Per le loro peculiarità – trattamenti con una singola somministrazione, spesso personalizzati, che vanno a colpire l'origine della patologia e non i sintomi – le terapie avanzate rappresentano un nuovo modello di cura – spiega Francesca Ceradini, Direttore scientifico di Ota –. Un modello che porta con sé un'importante complessità, non solo dal punto di vista scientifico e di sviluppo clinico, ma anche sul piano regolatorio, economico e organizzativo. Una formazione ad hoc su queste tematiche è quindi fondamentale per dare ai pazienti gli strumenti adeguati per essere attivamente coinvolti nel processo di sviluppo, autorizzazione e accesso alle terapie avanzate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

14 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Da un Ddl per potenziare la figura del reumatologo più diagnosi precoce e riorganizzazione della presa in carico dei pazienti

di Gian Domenico Sebastiani *

Valorizzazione del ruolo dello specialista, aumento della diagnosi precoce e riorganizzazione della presa in carico per dare risposta alle necessità dei 5,4 milioni di italiani colpiti dalle malattie reumatologiche. Sono questi i temi principali del disegno di legge n.946 in materia di “Riorganizzazione e potenziamento dei servizi sanitari in ambito reumatologico”, presentato in Senato su proposta della senatrice Maria Cristina Cantù, vicepresidente della Commissione Sanità. Sono patologie in forte aumento e che colpiscono persone molto spesso in età lavorativa e con figli giovani.

Come sottolineato da Marcello Gemmato, sottosegretario di Stato per la Salute, la riorganizzazione della reumatologia è un tema di sanità pubblica particolarmente rilevante. Dobbiamo fare in modo che i pazienti possano trovare risposta alle proprie domande e una corretta presa in carico sul territorio, senza doversi spostare e peggiorare così il ritardo diagnostico. L’obiettivo auspicabile è la creazione di un anello di congiunzione tra ospedale e territorio, con una maggiore offerta di servizi sociali e sanitari che operino il più vicino possibile ai cittadini. Oggi sono numerose le criticità che vengono riscontrate, tra cui grande disomogeneità di cura e alte spese.



La vicepresidente Cantù ha ricordato che questo Ddl arriva per offrire supporto a pazienti, specialisti e a chi si occupa dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri. La proposta prevede infatti la presa in carico dei malati attraverso un approccio integrato da parte del reumatologo di riferimento e del medico di medicina generale con garanzia di aggiornamento dei livelli essenziali delle prestazioni. L'obiettivo è assicurare diagnosi rapide e cure specifiche, contando sul Sistema sanitario nazionale, attraverso la creazione di una Rete che garantisca l'uniformità dei protocolli terapeutici prioritizzati in prevenzione e un monitoraggio costante sull'appropriatezza delle prestazioni. Uno dei punti su cui è più importante intervenire è il ritardo diagnostico, che causa un peggioramento delle condizioni di salute, l'accumulo di danno irreversibile, notevoli disagi per i malati ed elevati costi sociali legati all'invalidità e a percorsi diagnostici e terapeutici inappropriati. I trattamenti farmacologici attuali sono in grado di ottenere l'obiettivo della remissione e di evitare danni irreversibili, e sono molto più efficaci quando vengono instaurati tempestivamente.

Come aggiunto da Carlomaurizio Montecucco, presidente della Fondazione Italiana per la Ricerca in Reumatologia Fira Ets, le malattie reumatologiche sono più di 200, per questa ragione diagnosi e presa in carico richiedono grande attenzione e strumenti adeguati. L'impegno di Fira è quello di mantenere un dialogo attivo con le Istituzioni perché la reumatologia sia sempre una priorità nell'agenda politica. La ricerca italiana, in particolare, è ai vertici a livello internazionale sia per numero che per qualità di pubblicazioni: un risultato di cui dobbiamo andare fieri, ma che ci deve spingere a raggiungere obiettivi più ambiziosi.

Andrea Doria, direttore Uoc di Reumatologia Azienda Ospedaliera-Università di Padova, ha spiegato che i sistemi sanitari necessitano di un adeguamento per poter garantire alti livelli di assistenza: il medico di famiglia deve essere in grado di riconoscere segni e sintomi per poter indirizzare il paziente dallo specialista, le unità operative di reumatologia devono garantire adeguati posti letto sia per il day hospital che per le degenze ordinarie ed essere in grado di gestire ogni patologia, con particolare attenzione alle malattie rare e ai casi gravi. È poi fondamentale che la figura del reumatologo sia presente in tutte le ASL, con una disponibilità di circa 30 ore a settimana ogni 100mila abitanti.

Ennio Lubrano di Scorpaniello, direttore Uo di Reumatologia Ospedale Cardarelli di Campobasso, ha dichiarato che uno degli obiettivi prioritari dev'essere la diminuzione del divario tra Nord e Sud del Paese per quanto riguarda diagnosi e presa in carico dei pazienti. Questo ddl permetterebbe di monitorare l'andamento delle patologie reumatologiche e di applicare protocolli terapeutici e riabilitativi uniformi su tutto il territorio italiano. Come aggiunto da Giuseppe Provenzano, direttore Uo di Reumatologia Ospedali Riuniti Villa Sofia di Palermo, anche a livello territoriale sono

presenti criticità, con mancanza di risorse e insufficiente assistenza ai malati, che sono quindi costretti a lunghe ricerche per potersi rivolgere a strutture spesso lontane da casa, azione che non tutti hanno l'opportunità di compiere. In questo contesto è importante poi accendere i riflettori sulle difficoltà di accesso ai farmaci: troppo spesso le Regioni hanno differenti tempistiche per l'ottenimento dei trattamenti, con conseguenti discrepanze di presa in carico tra pazienti.

Enrico Tirri, direttore UO di Reumatologia Ospedale del Mare di Napoli, ha sottolineato come l'implementazione dei sistemi di telemedicina per il miglioramento della continuità assistenziale abbia un grande impatto, soprattutto nelle aree remote e sui pazienti fragili, spesso impossibilitati a spostarsi. Una delle conseguenze è la riduzione degli accessi inappropriati al pronto soccorso, una criticità a livello nazionale.

Come concluso poi da Roberto Caporali, direttore dell'Unità Operativa di Reumatologia Clinica Asst Gaetano Pini CTO-Milano, la diagnosi precoce è importantissima in particolar modo per i pazienti con artrite reumatoide. Questa malattia, infatti, costa ogni anno alla collettività oltre 3 miliardi di euro, tra spese dirette e indirette.

** Presidente SIR (Società Italiana di Reumatologia)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NUOVI MEDICINALI. L'ITALIA TRA I PAESI "BIG". CE NE PARLA ROSARIO RIZZUTO

La grande sfida sarà produrre farmaci innovativi e personalizzati

ROSARIO RIZZUTO*

La recente assegnazione del premio Nobel per la medicina a Katalin Karikò e Drew Weissman ha dato risalto a due approcci tecnologici che stanno rivoluzionando le prospettive della medicina moderna: l'uso di RNA terapeutici e la terapia genica.

Gli RNA sono molecole universali nello sviluppo della nuova farmacologia. Gli RNA messaggeri sono le molecole che nella cellula traducono le informazioni contenute nei geni nella produzione di proteine. In medicina, essi sono quindi già stati utilizzati per far produrre proteine mancanti per un difetto genetico o antigeni di patogeni per sviluppare un vaccino. Si è recentemente scoperto che nelle cellule ci sono altri tipi di RNA, che hanno la funzione di regolare i geni, i cosiddetti RNA silenzianti o i microRNA. Questi RNA sono già stati utilizzati con successo per bloccare l'attività di geni, spegnendo cioè l'attività di proteine coinvolte nello sviluppo di una malattia. I diversi RNA stanno quindi emergendo come una "piattaforma tecnologica" universale, in grado di correggere, in linea di principio, qualunque causa di malattia umana.

Per quanto riguarda la terapia genica, essa ha ottenuto nel tempo grandi successi. In passato ne abbiamo conosciuto la capacità di far esprimere in cellule facilmente manipolabili una certa quantità di un enzima, come nella cura delle immunodeficienze causate da deficit

Tra tutti, oggi dell'adenosina deaminasi. Oggi l'evoluzione delle tecnologie biomolecolari ha permesso di correggere in maniera mirata un gene difettoso, pensiamo al risultato straordinario che è stato ottenuto sulle talassemie beta, malattie genetiche frequenti nel nostro Paese, oppure introdurre un recettore per un antigene tumorale nei linfociti T (generando le cellule CAR-T), istruendo così le cellule del sistema immunitario ad aggredire tumori molto aggressivi. Con queste nuove tecnologie saremo in grado di sviluppare un numero potenzialmente elevatissimo di nuovi farmaci contro qualunque bersaglio. Questi farmaci, idealmente, ci permetteranno di sviluppare terapie mirate, sia contro malattie rare, spesso trascurate da enti con finalità di profitto, sia di ottenere un insieme di farmaci diversi per curare malattie di impatto più frequente, scegliendo per ogni paziente la cura più adatta per lui. Siamo di fronte alla straordinaria prospettiva della medicina personalizzata: sviluppare farmaci sempre più mirati, e per questo è necessario riuscire a produrre in modo sostenibile un numero rapidamente crescente di farmaci.

La capacità di sviluppare e di produrre nuovi farmaci insieme - istituzioni, istituzioni di ricerca, decisori politici, mondo economico - è la grande sfida. Se vogliamo che il nostro Paese continui ad avere un sistema sanitario efficiente, equo e aper-

to a tutti, bisogna che le si lavori insieme per costruire questa "rete tecnologica" che metta l'Italia nelle condizioni di essere uno dei paesi avanzati che di queste tecnologie è detentore. Ovviamente, ognuno deve fare la sua parte: i decisori e le istituzioni politiche hanno il compito di vigilare, utilizzare e spingere questo processo; il mondo della scienza deve metterci tutte le energie e capire che questo è un imperativo etico; l'impresa deve credere di più nella capacità di produrre nuovi farmaci e renderli disponibili.

In questo momento un patrimonio prezioso del nostro Paese è dato da una ricerca scientifica efficiente che ci pone tra i paesi avanzati e da un capitale di giovani scienziati che porteranno avanti questa rivoluzione tecnologica. Se siamo consapevoli che la ricerca italiana è un investimento fruttuoso per il Paese e che abbiamo un patrimonio di capitale umano da valorizzare, senza disperderlo, abbiamo ottimi motivi per affrontare con ottimismo questa grande e affascinante sfida.

**Già Rettore, Docente di Patologia generale, Ricercatore all'Università di Padova e alla guida del Progetto sulla ricerca biomolecolare in Italia*



14 mar
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Trapianti: a Modena nuovo fegato con tecnica robotica. Primo caso in Italia e tra i primi tre al mondo

In Emilia-Romagna, a Modena, si scrive una nuova pagina della trapiantologia, italiana e non solo. Per la prima volta in Italia e tra i primi tre casi al mondo è stato eseguito un trapianto di fegato con tecnica robotica mini-invasiva. Dopo l'America, con la Washington University St. Louis, e il Portogallo, a Lisbona, l'esperienza di Modena si colloca dunque ai vertici internazionali: a ricevere il nuovo fegato un uomo di 66 anni, affetto da un tumore, dimesso dall'ospedale dopo quattro giorni dall'intervento e che ora sta bene.

L'intervento è stato eseguito lo scorso 20 febbraio presso la Chirurgia oncologica, epatobiliopancreatica e trapianti di fegato del Policlinico di Modena dal direttore del reparto Fabrizio Di Benedetto, professore dell'Università di Modena e Reggio Emilia, con la sua équipe chirurgica. La tecnica utilizzata, spiegata da Di Benedetto, permette di eseguire l'epatectomia ad addome chiuso, garantendo la stessa sicurezza e il controllo vascolare; una volta completata la rimozione del fegato malato, si esegue una piccola incisione di 10 centimetri attorno all'ombelico per rimuoverlo e alloggiare il nuovo fegato donato. Una tecnica da cui è atteso il raggiungimento degli stessi standard di efficacia di quella tradizionale a cielo aperto, con un miglioramento della ripresa post-chirurgica e una diminuzione generale delle complicanze, dimostrata dalla chirurgia del



fegato mini-invasiva, e una riduzione della degenza ospedaliera.

Un'importante innovazione nella cura per i pazienti che hanno bisogno di un trapianto al fegato e un significativo traguardo per la comunità trapiantologica italiana.

«Un risultato straordinario, che conferma l'eccellenza della rete trapiantologica e della sanità pubblica dell'Emilia-Romagna - sottolinea l'assessore Donini -. Ancora una volta la nostra regione, grazie alle sue strutture e strumentazioni all'avanguardia e soprattutto grazie a professionisti di altissima competenza ed esperienza, si pone ai vertici nazionali e internazionali. Non possiamo che essere orgogliosi per il traguardo raggiunto, che apre nuove prospettive di intervento e cura per tanti malati, non solo dell'Emilia-Romagna. Grazie di cuore e complimenti al professor Di Benedetto, a tutta la sua équipe, al Policlinico di Modena e al Centro riferimento trapianti della regione, che coordina con ottimi risultati l'intera rete territoriale. Non è un caso che nel 2023 in Emilia-Romagna siano stati eseguiti complessivamente 585 trapianti, il numero più alto di sempre».

«Il trapianto di fegato - spiega il professor Di Benedetto - è uno degli interventi più complessi della chirurgia addominale, poiché unisce una tecnica avanzata nel contesto della gravità clinica del paziente. Si tratta infatti spesso di pazienti affetti da malattie del fegato come la cirrosi, che ne condizionano la normale qualità di vita, con scompensi frequenti e ricoveri ospedalieri ripetuti, e a volte complicate da tumore del fegato. L'approccio mini-invasivo è maturato all'interno di un programma di attività chirurgica robotica oncologica decennale, con all'attivo oltre cinquecento interventi per patologia del fegato, vie biliari e pancreas. A differenza del trapianto di rene robotico - aggiunge il professore - per il quale esiste già un'esperienza validata a livello internazionale che dimostra un beneficio della tecnica mini-invasiva nei pazienti obesi, la pagina del trapianto di fegato mini-invasivo è ancora tutta da scrivere. Tuttavia, il consolidamento della tecnica e la sua diffusione permetteranno nel tempo di incrementarne la fattibilità e l'indicazione».

«Desidero ringraziare - chiude Di Benedetto - il Dg dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena, Claudio Vagnini, per il sostegno dimostrato negli anni ai progetti di innovazione in chirurgia, il magnifico rettore, Carlo Adolfo Porro, che ha promosso lo sviluppo della formazione universitaria dei giovani chirurghi, il professor Massimo Girardis, direttore dell'Anestesia e Rianimazione e tutto il gruppo anestesiologicalo che ha permesso l'evoluzione delle tecniche chirurgiche tramite una moderna assistenza anestesiologicala. Infine, ringrazio l'équipe chirurgica con cui ho eseguito il trapianto, il professor Stefano Di Sandro e il dottor Paolo Magistri, tutta l'équipe dei medici, chirurghi ed infermieri che quotidianamente ha lavorato per realizzare questa grande innovazione e che ha permesso l'evoluzione del

centro in questi anni».

La Regione Emilia-Romagna ha sostenuto il sodalizio tra chirurgia dei trapianti e tecnologia robotica, finanziando i programmi dell'Aou di Modena come il prelievo di fegato e rene da donatore vivente con tecnologia robotica e il trapianto di rene robotico. Questa importante innovazione si inserisce in un contesto di grande crescita della comunità trapiantologia regionale e italiana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Liste d'attesa da tagliare» Ma gli ospedali migliorano

► Indagine della Cisl sulla sanità del Lazio: ► Promosse le strutture pubbliche, ma per il 70% dei cittadini tempi troppo lunghi l'80% degli utenti va anche dai privati

IL DOSSIER

I tempi d'attesa per ottenere una visita specialistica o un esame diagnostico restano il problema principale della sanità per sette cittadini del Lazio su dieci. Il sistema regionale in generale non incontra un giudizio negativo da parte di chi vi si rivolge - gli interventi sono descritti generalmente come «efficaci» - anche se è considerato sicuramente «migliorabile». L'80 per cento degli assistiti, peraltro, si è affidato almeno una volta al privato, nell'ultimo anno, per ottenere prestazioni sanitarie. È quanto emerge dal sondaggio «La sanità del Lazio oltre l'emergenza: al centro le persone ed il lavoro», realizzato dalla Cisl regionale su un campione di duemila intervistati, tra utenti e operatori.

I TEMI

Per il 40 per cento degli intervistati è «molto difficile fissare un appuntamento in tempi consoni alle necessità», e per il 32 per cento degli utenti è «un po' difficile». La centralità del Medico di medicina generale come punto di accesso di cura emerge chiaramente come prima scelta dei cittadini, seguito dal medico privato e poi dal pronto soccorso.

Per quanto riguarda la presa in carico da parte delle strutture sanitarie regionali, ospedali in testa il giudizio degli utenti è per il 32 per cento molto positivo, il 40 per cento la reputa «sufficiente» e solo il 7 per cento la giudica «scarsa». Anche la percezione degli spazi e delle attrezzature delle strutture sanitarie è abbastanza positiva: in particolare si registrano luoghi «abbastanza» accessibili, ambienti «accoglienti» e macchinari «moderni» e adeguati alla loro funzione. Gli interventi del personale sanitario (medici e altri operatori) sono considerati dal 28 per cento dei cittadini «di alta qualità» e per il 60 per cento «di media qualità». Il 47 per cento degli utenti è soddisfatto della sua ultima visita medica.

LE PROPOSTE

Per lo sviluppo della sanità servono «più investimenti, bisogna fare una buona programmazione e progettualità, assicurare il diritto alla salute e poi assumere medici, infermieri, personale sociosanitario, tagliare le liste d'attesa e fare un potente investimento sulla medicina territoriale», spiega il segretario nazionale della Cisl, Luigi Sbarra. «L'obiettivo è superare l'era dell'emergenza mediante investimenti mirati, aumento delle risorse e assunzioni necessarie», concorda il segretario della Cisl di Roma e Lazio, Enrico

Coppotelli. «Roma ha fortunatamente delle eccellenze rilevanti e quindi è chiaro che ci sono dicotomie tra la Capitale e gli altri territori del Lazio», aggiunge Coppotelli.

IL TREND

Francesco Rocca punta su una tendenza già in corso, nella quale vede le possibili soluzioni ai problemi ancora sul tappeto. Per le liste d'attesa «sono convinto che questo sarà l'anno della svolta nella sanità del Lazio - sottolinea il governatore - Vedremo dei miglioramenti concreti perché tutti i segnali stanno andando nella giusta direzione. E sta funzionando» il piano regionale sullo sblocco barelle e la presenza dei medici nei fine settimana nei pronto soccorso. «Abbiamo un miglioramento dei tempi rispetto un anno fa, ma bisogna fare ancora di più - sostiene Rocca - C'è un investimento importante su tutte le aree di pronto soccorso per migliorare i percorsi, stiamo migliorando con le assunzioni, dall'inizio dell'anno sono state già 300, e per le liste d'attesa stiamo mettendo a regime tutte le strutture private accreditate che prima non erano nel Recup: si tratta di 4 milioni di prestazioni che entreranno nel sistema e questo certamente produrrà un impatto sui tempi d'attesa entro la fine dell'anno».

Fabio Rossi

**IL GOVERNATORE:
«QUESTO SARÀ L'ANNO
DELLA SVOLTA»
COPPOTELLI: «SERVONO
INVESTIMENTI MIRATI
E ASSUNZIONI»**

**I MEDICI DI FAMIGLIA
SONO ANCORA
LA PRIMA SCELTA
LA METÀ DEI PAZIENTI
È SODDISFATTA
DELL'ULTIMA VISITA**



Allarme rosso nel Lazio 1.219 aggressioni al personale sanitario

Le vittime sono soprattutto donne
 Il dato è in netto aumento dal 2019

di **DARIO CONTI**

Le più colpite sono le lavoratrici. Nel servizio sanitario regionale del Lazio la maggior parte delle aggressioni ha avuto come vittime le dottoresse e le infermiere, molto spesso quelle più giovani. In totale nel Lazio sono stati 1.219 i lavoratori e le lavoratrici del sistema sanitario che hanno denunciato aggressioni nel 2023. Parliamo, appunto, solo dei casi denunciati, sicuramente sottostimati rispetto al totale. Il 65% delle vittime è donna e nel 57% si tratta di personale infermieristico.

A evidenziare questi dati, partendo dall'elaborazione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza di chi svolge professioni sanitarie e socio-sanitarie, sono la Cgil e la Fp Cgil di Roma e del Lazio, sottolineando anche un aumento delle denunce del 45% rispetto al 2019. A crescere è anche il

numero di operatori coinvolti: +65,4%. E in un caso su tre l'aggressione è stata anche fisica.

La Cgil in una nota evidenzia come questi dati mettano in luce "un fenomeno molto più ampio e grave di quanto riportato dall'Inail, che traccia solo gli infortuni denunciati e generati dalle aggressioni, ma che comunque resta parziale". I dati, spiega il sindacato, sono sottostimati sia per l'assenza di cifre raccolte in molte realtà private sia per i casi di "mancata denuncia" da parte dei lavoratori delle aggressioni subite. Il che "rende ancora più urgente agire per garantire al personale sanitario di lavorare in sicurezza, una garanzia che non passa solo ed esclusivamente per il presidio delle forze dell'ordine ma per investimenti e assunzioni per migliorare la qualità dei servizi e le condizioni di lavoro".



ro e diminuire i tempi di attesa”, sottolinea ancora la Cgil del Lazio. Anche perché “in troppi casi le aggressioni scaturiscono dalla frustrazione e dall’insofferenza per lo stato dei servizi”.

LE CIFRE

Il report evidenzia come la maggior parte delle denunce esaminate riguardi, nel Lazio, il settore pubblico della sanità. In 797 casi le vittime sono donne e sono soprattutto gli operatori più giovani a essere aggrediti, in particolare tra i 30 e i 39 anni, con una riduzione tra 40enni e 50enni. Le vittime sono state in 695 casi infermieri, in 217 medici chirurghi, ma ci sono anche 13 casi riguardanti gli psicologi e 61 operatori socio sanitari.

Per quanto concerne i reparti in cui avvengono le aggressioni, il luogo più frequente è il pronto soccorso, con 220 casi registrati. Ma anche nelle aree di degenza si registrano 175 violenze verbali e fisiche ai danni del personale sanitario. Alto anche il numero per i servizi psichiatrici (71 casi) e gli ambulatori territoriali (64). In 1.069 casi, stando alle denunce, le aggressioni sono state verbali. Ma spesso si

sono tramutate anche in aggressioni fisiche: è successo in 451 dei casi denunciati.

Si registrano anche 61 casi di aggressioni contro la proprietà. Nella maggior parte dei casi è proprio il diretto interessato a prendersela con medici, infermieri e operatori sanitari: sono 545 i casi di aggressioni perpetrate dai pazienti.

In 187 casi, invece, il protagonista è il parente, il caregiver o il conoscente del paziente.

Il report

I più colpiti sono
gli infermieri
e i medici chirurghi
Il grosso dei casi
nelle aree di degenza
e pronto soccorso



IL FUTURO DELLA MEDICINA

Uno studio dei ricercatori dell'IRCCS San Raffaele di Roma pubblicato su «Alzheimer's&Dementia» rivede gli attuali parametri di calcolo

«Riserve» contro la demenza

Ecco come le due «memorie» del cervello possono influire sulle malattie neurodegenerative degli anziani

GIUSTINA OTTAVIANI

••• Arriva proprio nel corso della settimana mondiale del cervello la pubblicazione sulla prestigiosa rivista "Alzheimer's&Dementia", dello studio "Cognitive Resilience/Reserve: Myth or Reality? A Review of Definitions and Measurement Methods", a cura della dott.ssa Chiara Pappalè, della dott.ssa Claudia Carrarini, della prof.ssa Francesca Miraglia, del prof. Fabrizio Vecchio e del prof. Paolo Maria Rossini del Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione e del laboratorio di "Brain Connectivity" dell'IRCCS San Raffaele di Roma in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore e l'Università eCampus.

La revisione esamina i meccanismi di resilienza del cervello all'invecchiamento fisiologico e patologico. Analizza dunque il concetto di riserva cognitiva (CR) in particolare nel contesto della demenza e delle sue fasi iniziali. Nel contesto medico e biologico, il termine "riserva" indica la capacità di mantenere una specifica funzione (a livello cellulare, organico o sistemico) a fronte di un danno acuto o cronico. Nella più ampia e generale definizione di "riserva" possiamo distinguere la "Riserva Cerebrale" (Brain Reser-

ve - BR) e la "Riserva Cognitiva" (Cognitive Reserve - CR): la BR potrebbe essere considerata l'"hardware", mentre la CR il "software". Gli autori, partendo dal presupposto che «la recente ricerca sul trattamento delle demenze si è concentrata principalmente sull'identificazione e la modifica dei fattori di rischio, con

una minore enfasi sulla comprensione e potenziamento dei fattori protettivi» hanno confermato che «individui con una CR più elevata sono in grado di mantenere le funzioni cognitive nonostante i danni cerebrali dovuti a neurodegenerazione, mentre quelli con una CR più bassa sono più inclini a un declino cognitivo». Gli individui con una ricca dote di BR e CR, quando colpiti dai cambiamenti patologici neurodegenerativi avranno dunque un'insorgenza della demenza ritardata nel tempo e con progressione più lenta. Ma quando si considerano individui con CR elevata ma BR bassa: quale fattore prevale? «In tali casi è concepibile che possano affrontare un ritardo nell'insorgenza delle malat-

tie neurodegenerative grazie agli effetti protettivi della CR». Tuttavia, spiegano «una volta che i sintomi si manifestano, la limitata BR potrebbe ostacolare la capacità strutturale di compensare i danni. Questo scenario potrebbe portare a un rapido declino cognitivo nonostante l'insorgenza ritardata. Dall'altro lato, cosa accade quando sia la CR che la BR sono basse? Gli individui in questa categoria potrebbero essere più suscettibili a un esordio precoce di malattie neurodegenerative, poiché una CR bassa suggerisce una mancanza di capacità per meccanismi compensatori. Inoltre, una bassa BR implica una resilienza strutturale limitata contro cambiamenti patologici. Pertanto, questa doppia carenza potrebbe contribuire a un esordio precoce e a una progressione rapida della malattia».

La riserva cerebrale tende inoltre a rimanere relativamente stabile durante tutta la vita di un individuo. Al contrario, quella cognitiva mostra forte dinamicità, influenzata da una stimolazione cognitiva continua, dall'istruzione e dalla partecipazione a attività mentalmente stimolanti. Come misurare la CR in modo affidabile? «Le caratteristiche socio comportamentali

spesso si basano su dati auto-dichiarati, introducendo il potenziale errore» hanno spiegato i ricercatori dell'IRCCS, «gli individui potrebbero non ricordare o riportare con precisione le proprie attività cognitive, l'istruzione o il coinvolgimento in attività intellettualmente stimolanti». In conclusione, questa revisione dei ricercatori dell'IRCCS San Raffaele, ha dimostrato la complessità delle misurazioni attuali della CR e la natura sfuggente del concetto stesso. Nonostante le limitazioni sopra menzionate, c'è un crescente e generale consenso sul fatto che la CR sia uno dei più importanti fattori protettivi contro i processi neurodegenerativi. Qualsiasi intervento mirato a stili di vita e fattori modificabili che potenziano la CR potrebbe migliorare significativamente la resilienza cerebrale negli anziani e servire come mezzo per valutare e integrare l'efficacia dei trattamenti farmacologici e non farmacologici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa sono

Le «riserve» cognitive e cerebrali possono essere considerate l'hardware e il software della mente umana



EMERGENZE

Al Sud è allarme infermieri

BARBARA MANGIACAVALLI*

TERESA REA*

La carenza di infermieri in Italia è un fatto acclarato, ma al Sud rappresenta un vero e proprio allarme. Analizzando i dati, si va dai quasi 6 infermieri per mille abitanti del Nord, ai 5,4 del Centro, fino ai 4,3 del Sud, dove i professionisti mancano sia in rapporto ai cittadini, che in valori assoluti (contro una media OCSE di 8,8). Rispetto all'insufficienza a livello nazionale di almeno 65 mila unità, oltre il 50% della carenza è al Sud e, di questo, circa il 30% si concentra solo in Campania e Sicilia. Eppure, i giovani del Sud sono quelli che, più di altri, aspirano a diventare infermieri.

Certo, i dati dell'ultimo Anno Accademico indicano un calo dell'attrattività della professione, legato soprattutto alle basse retribuzioni (tra le peggiori d'Europa, inferiori di oltre il 30% a quelle di altri professionisti Ue) e all'impossibilità di fare carriera. Senza specializzazioni e riconoscimento della formazione a un più alto livello, infatti, un infermiere, al termine del suo

iter, esce dal lavoro come vi era entrato, dopo una carriera essenzialmente "piatta". Anche l'approdo alla dirigenza, al Sud, per gli infermieri resta spesso un miraggio, a causa di modelli organizzativi obsoleti, che resistono finanche nelle Aziende universitarie, storicamente chiamate a rappresentare il motore del cambiamento in una società.

Molte regioni meridionali, poi, dal 2007, hanno sofferto anche di una lunga stagione di blocco del turnover (dovuto al piano di rientro dal deficit sanitario) e generazioni di giovani infermieri sono state costrette a cercare un'occupazione al Centro-Nord, rendendo praticamente impossibile riequilibrare le carenze di organico nei territori di origine. Tra le conseguenze, un forte aumento dell'età media degli infermieri in servizio, che, mentre a livello nazionale si attesta sui 47-48 anni, al Sud raggiunge anche i 55 anni. Così, gli effetti della scarsità di professionisti sono evidenti sia nella qualità di assistenza nelle strutture, che sul territorio, rispetto alla popolazione anziana, alla gestione delle cronicità e di situazioni in cui la figura dell'infermiere è fondamentale. E in futuro non andrà meglio, anche se le regioni meridionali, oggi, sono mediamente le più giovani da

un punto di vista anagrafico.

Per tentare di risolvere il problema, bisogna rilanciare l'attrattività della professione attraverso le specializzazioni infermieristiche, lo sviluppo della Laurea Magistrale a indirizzo clinico e, ovviamente, aumentando le retribuzioni, anche in base a nuovi ruoli di maggiore responsabilità.

Insomma, basta alle "soluzioni tampone" e all'aumento della sola quantità degli operatori sanitari, che non risolve i problemi.

Gli infermieri sono i garanti dell'assistenza. E senza professionisti sanitari qualificati non c'è salute!

**Presidente FNOPI*

**Presidente OPI Napoli*



CAMPANIA

Il recupero delle reti campane

GIUSEPPE LIMONGELLI*

La Campania è tra le prime regioni italiane ad aver impresso una profonda revisione organizzativa nel settore delle malattie rare e ora consolida anche il ruolo nelle Reti europee per le Malattie Rare (Ern) con 12 ospedali regionali e policlinici come sede di centri hub di riferimento. Una Campania insomma, che sulle malattie rare guarda all'Europa e alle reti europee di cura grazie a 22 centri di eccellenza riconosciuti in 6 ospedali ed Università della Regione. Queste le aree, insieme all'Oncologia, in cui per la prima volta in 20 anni si è registrato anche il riassorbimento di una fetta della migrazione sanitaria storica recuperando circa 50 milioni di euro sulla spesa per cure erogate fuori dai confini regionali.

I centri ERN sono oggi già attivamente parte del sistema nazionale, quindi dal punto di vista strutturale le rete campana è già in piedi. Serve ora mettere a fattor comune le competenze, i dati clinici e assistenziali per tutti i centri malattie rare

della Campania, del Mezzogiorno e integrarli con quelli del resto d'Italia coinvolgendo anche i reparti che non sono nelle reti ERN ma parte delle reti malattie rare di ciascuna regione. Per individuare questi strumenti occorre integrare sempre più la collaborazione tra le Regioni e l'Unione europea della Salute.

In realtà gli ospedali e i centri di ricerca di eccellenza campani, la loro organizzazione nelle reti oncologiche e delle malattie rare, sono riconosciuti in Italia e in Europa.

Un modello innovativo, al momento realizzato per reti specifiche (come le malattie emorragiche ereditarie) ed attraverso nuclei territoriali multidisciplinari attivi nella rete oncologica e presso ogni Asl, con medici, farmacisti, psicologi, assistenti sociali ed altre figure di collegamento territoriali, che rappresentano un vero e proprio strumento di monitoraggio continuo sul territorio. Lo sviluppo di piattaforme tecnologiche quali il Registro Malattie Rare ed il sistema di Teleconsulto regionale, entrambi su piattaforma unica regionale Sinfonia per condividere dati clinici, percorsi di cura, esiti terapeutici, completano il quadro.

L'analisi dei dati campani del 2022, presentata grazie alla collaborazione del centro di statistica sanitaria della Vanvitelli, rap-

presenta un ulteriore spunto di riflessione: oltre 30 mila pazienti certificati in Campania, un tasso di incidenza di circa 1/100.000, ma più elevato per le patologie del sistema nervoso e le malformazioni congenite (8/100.000), in particolare nell'età pediatrica. Piacevole sorpresa l'indice di attrazione (mobilità attiva/passiva) calcolato sui certificati emessi in regione per residenti fuori regione Campania e certificati di residenti ma emessi fuori dalla Campania di circa 0.8 quindi molto vicino alla soglia di efficienza grazie alla capacità attrattiva sviluppata da alcuni centri campani. Da aggiungere che la stima dei ritardi diagnostici dimostra che questi sono calati nettamente e oggi inferiori a 1 anno nei due terzi dei casi, con un sottogruppo a rischio di ritardi severi (più di 4 anni) che sembra interessare soprattutto le donne affette da patologie del sistema connettivo o sindromi genetiche complesse.

**Direttore dell'Unità di malattie cardiovascolari rare ed ereditarie dell'Ospedale Monaldi - direttore del centro di coordinamento malattie rare della Regione Campania*



REGIONE CALABRIA

La ricetta per il rilancio della sanità calabrese

IOLE FANTOZZI*

Le prime attività poste in essere per il rilancio della sanità calabrese sono relative alla trasparenza amministrativa e all'assunzione di professionisti sanitari con una vasta esperienza. È stata avviata un'attività di definizione e monitoraggio del debito sanitario e si sta procedendo al pagamento di tutti i creditori. Successivamente, si potrà approvare il bilancio consolidato regionale grazie alla presentazione dei bilanci da parte di tutte le aziende del SSR. La Calabria, una delle regioni più svantaggiate d'Italia con una popolazione di 2 milioni di abitanti, sta affrontando una grave crisi sanitaria, come il resto d'Italia. Ogni anno vengono spesi oltre 200 milioni di euro per la mobilità sanitaria passiva, con un calabrese su cinque che cerca cure mediche in altre regioni italiane, soprattutto al Nord. Sono quindi state poste le basi per recuperare la fiducia dei pazienti migliorando l'attrattività del SSR; è stata aperta una seconda facoltà di Medicina e chirurgia presso l'Università della Calabria,

a Cosenza e la conseguente copertura di posizioni presso l'ospedale di Cosenza con personale universitario e l'acquisito di attrezzature mediche condivise. Poi penso alla neo apertura, a Crotona, di una terza facoltà di Medicina e chirurgia, intereateneo tra Università Magna Graecia di Catanzaro e Università della Calabria di Cosenza che comporterà la conseguente copertura di posizioni presso l'ospedale di Crotona, e alla stipula di un protocollo con il "Bambino Gesù" di Roma per contenere nell'immediato la mobilità passiva pediatrica.

Per affrontare il problema della carenza di medici, nel 2022 il Governo della Calabria ha stretto un accordo con il Governo cubano per assumere 497 medici cubani entro il 2024. Inoltre, si è appena concluso il concorso aggregato, bandito a novembre, gestito dall'ASP di Catanzaro per tutte le aziende del SSR che ha portato all'assunzione a tempo indeterminato di 106 medici da destinare alle aree dell'emergenza-urgenza intraospedaliera regionali.

La Regione è impegnata a disegnare il nuovo volto della sanità territoriale che prevede il potenziamento e la creazione di case di comunità e di ospedali di comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e

l'assistenza da remoto, con l'attivazione di Cot e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Per abbattere le liste di attesa è attivo il sistema di centralizzazione dei Cup sul quale sono in corso di caricamento tutte le agende dell'offerta di prestazioni pubbliche e private e sta per essere implementata una piattaforma regionale per le prenotazioni degli screening oncologici, e i cittadini possono interagire mediante apposite e facili app. Di fronte a questo scenario propositivo, stiamo consolidando il rapporto con le altre regioni meridionali per progetti di crescita comuni attraverso il continuo confronto e la partecipazione ad iniziative e dibattiti nazionali.

**Sub Commissario della Sanità di Regione Calabria*

Ogni anno vengono spesi oltre 200 milioni di euro verso la mobilità sanitaria passiva per cure in altre regioni italiane



Sanità24

14 mar
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Sardegna: a fine legislatura impegnati 800 milioni per i nuovi ospedali

di Davide Madeddu

Dalla Giunta regionale arriva il via libera alla presa d'atto degli studi di fattibilità per la realizzazione di quattro nuovi presidi ospedalieri della Sardegna. Si tratta del nuovo ospedale di Cagliari, del Sulcis Iglesiente, dell'Asl 1 di Sassari e dell'Aou di Sassari, arriva con la delibera numero 6/17. Un atto che ha fatto scoppiare anche la polemica tra la presidente neoeletta Alessandra Todde e il governatore uscente Christian Solinas. Il provvedimento, datato 23 febbraio 2024 riguarda il percorso che andrà a ridisegnare il modello di governo del sistema regionale. La misura ha «definito il perimetro del processo di riforma del medesimo al fine di renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione, da un lato attraverso la ricostituzione delle Aziende socio-sanitarie locali per migliorarne l'efficacia nel rispondere alle necessità di cura delle persone, d'altro lato ha previsto, a tale scopo, di riorganizzare la rete ospedaliera e garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari». Nell'ambito del progetto rientra il via libera per la «per la predisposizione di uno studio di fattibilità». Obiettivo del progetto: l'analisi sociosanitaria-economica e del fabbisogno di cura reale che le strutture di nuova costruzione possono soddisfare; l'indicazione della loro collocazione ottimale a seguito delle verifiche relative ad eventuali vincoli di natura idrogeologica, paesaggistica, urbanistica e archeologica delle aree potenzialmente idonee. Inoltre le



verifiche di coerenza con la programmazione sanitaria vigente e l'analisi di sostenibilità tecnico-economica dell'intervento.

Nello specifico gli studi di fattibilità riguardano il «progetto di realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero nella città di Cagliari, affinché si possa accorpate in un unico plesso l'offerta dei servizi ospedalieri attualmente offerti dall'Ospedale San Michele e dall'Ospedale oncologico-Businco, per ottenere un livello sempre più elevato delle attività cliniche e dare risposte ai bisogni della popolazione in ambito oncologico, garantendo percorsi di assistenza differenziati di eccellenza in grado di supportare il polo regionale di riferimento». Il progetto di «realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero territoriale unico del Sulcis Iglesiente, sempre al fine di realizzare un plesso di eccellenza che risponda ai requisiti sopra delineati e possa integrare i servizi ospedalieri attualmente erogati presso gli Ospedali di Carbonia ed Iglesias». Poi lo studio di fattibilità «per il progetto di realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero di eccellenza nella città di Alghero che risponda ai requisiti sopra delineati e accorpi i servizi sanitari attualmente offerti dagli Ospedali civile e Marino della Città». Infine «lo studio di fattibilità per il progetto di realizzazione di un nuovo ospedale di eccellenza, caratterizzato sempre dai medesimi requisiti sopra delineati, che accorpi gli attuali posti letto divisi tra i diversi ospedali della Città di Sassari integrandoli con i necessari spazi da dedicare alla didattica universitaria e specialistica».

Quindi la decisione della Giunta regionale con cui delibera di «prendere atto degli studi di fattibilità indicati in premessa, allegati alla presente deliberazione, e di dare mandato agli uffici tecnici delle Asl interessate e dell'Azienda ospedaliero- universitaria di Sassari, con la collaborazione dell'Azienda regionale della salute (Ares), per l'avvio delle attività conseguenti e necessarie all'attuazione del piano di investimenti per la realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri, preliminarmente definendo con i Comuni interessati, ove necessario, la localizzazione delle strutture in aree di proprietà pubblica inserite all'interno dei rispettivi territori e, quindi, definendo internamente i necessari livelli di progettazione». Ultimo passaggio le risorse: la Giunta delibera anche «di destinare alla copertura dei costi per la realizzazione delle opere le risorse attualmente disponibili derivanti dall'Accordo Stato Regione in materia di finanza pubblica, a valere sulle annualità 2027-2033, e attualmente quantificate in euro 798.958.800».

© RIPRODUZIONE RISERVATA