

25 gennaio 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Largo della Sanità Militare, 60

00184 Roma

Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

B&E Rebel Pay per you

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

Givedì 25 gennaio 2024

Oggi con Salute



€ 2,20

GOVERNO E INFORMAZIONE

QUESTA MATTINA IL DIBATTITO È SU:

REPUBBLICA PER COPRIRE L'INTERESSE DELL'EDITORE SCOPRE LA GUERRA CON IL GOVERNO. La Repubblica torna ad attaccare Giorgio Meloni e Fratelli d'Italia, rafforzando un'altra clamorosa...
Già in quella occasione Molinari ha replicato dicendo che Meloni non aveva smentito la notizia data da Repubblica secondo la quale il Governo vorrebbe fare privatizzazioni per 20 miliardi in 3 anni.



Il mattinale "Ore 11"
Sopra, il documento diffuso ieri dallo staff di Palazzo Chigi. A destra, Giorgia Meloni e il sottosegretario Giovanbattista Fazzolari

La velina nera

Nuovi attacchi di Palazzo Chigi a Repubblica. L'accusa nel bollettino inviato a ministri e parlamentari: ci fa la guerra E in aula la premier avverte Stellantis: penalizzarlo chi delocalizza. La replica: investiti miliardi, gioiamo all'economia

Schlein: Meloni contro la stampa ma tace sulla Sanità, imita l'Ungheria

Il commento

Il manganello sovranista

di Massimiliano Giannini

Con grande sprezzo del pericolo e del ridicolo, Giorgia Meloni e i suoi Fratelli stanno mostrando agli italiani cosa sia e come funzioni la "capocrazia" che hanno in testa per questo Paese. Lo sgangherato attacco della premier a Repubblica, per interposto editore, tradisce la sua idea malsana di Stato Padrone e la sua dottrina illiberale del Potere. Rivela una gestione proprietaria del governo e dell'amministrazione. Riflette una visione gregaria dell'economia e dell'informazione. Ma non bastavano le accuse grottesche che la presidente del Consiglio ha lanciato dalle telecamere complice di Rete Quattro. Non erano sufficienti le critiche surreali a questo giornale sulle privatizzazioni, inopinatamente e strumentalmente collegate alle strategie industriali del proprietario del gruppo Gedi, John Elkann.

continua a pagina 25

Il regista

La rete di Fazzolari per mettere i media nel mirino

di Antonio Frascilla a pagina 3

Il ministro

Valditara membro di un centro anti-abortionista

di Lorenzo De Cicco a pagina 10

Palazzo Chigi, nel dispaccio inviato a ministri e parlamentari di FdI, attacca Repubblica. "Il giornale ci fa la guerra", si legge nel mattinale Ore 11. La premier, durante il Question Time alla Camera, critica Stellantis: non fa gli interessi nazionali. La replica: l'azienda «ha dato un forte contributo alla bilancia commerciale». Schlein: «Meloni ha avviato la campagna d'Ungheria». di Ciriaco, Vecchio e Vitale alle pagine 2 e 4

AMICI CUCCIOLOTTI LE FIGURINE CHE SALVANO GLI ANIMALI PIZZARDI EDITORE INSIEME A TE AIUTA Ente Nazionale Protezione Animali

Il caso

I sindaci si arrendono a Fleximan, il killer degli autovelox



dal nostro inviato Massimo Pisa a pagina 18

Domani in edicola



Sul Venerdi Oltre il giardino l'orrore di Auschwitz

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 63821
Roma, Via Campania 50 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 6377510
mail: servizioclienti@corriere.it

SEVENTY
VENEZIA



La mancata nomination a Robbie Oscar, la rabbia di Gosling «Senza Barbie non esisto»
di Chiara Maffioletti a pagina 39



Domani su 7 Ilary: «Invito Totti a cena»
sul magazine del Corriere

SEVENTY
VENEZIA

Trump, Biden, il voto

TORMENTI (E SCENARI) AMERICANI

di Massimo Gaggi

Donald Trump festeggia un'altra vittoria schiacciante tra gli elettori repubblicani circondato dagli ex rivali Tim Scott e Vivek Ramaswamy osannanti nei pochi secondi che concede loro sul podio. E spara a zero sulla «impostora» Nikki Haley che parla come se avesse vinto. Festeggia anche Joe Biden convinto, a dispetto dei sondaggi negativi, di poter battere l'ex presidente: il materializzarsi dello spettro di un Trump 2 dovrebbe spingere tanti che oggi lo criticano e gli negano il voto, a cambiare registro. E il New Hampshire ha detto che Trump ha un controllo totale sul suo partito, ma piace poco agli elettori indipendenti. Biden mette, poi, fine (per ora) alle ipotesi di un suo possibile ritiro alla vigilia dell'incoronazione democratica (la convention di agosto a Chicago), mandando i suoi più importanti collaboratori alla Casa Bianca a gestire la campagna elettorale. Festeggia, a suo modo, anche Wall Street: non sa chi vincerà a novembre (da un sondaggio informale tra gli uomini d'affari Usa presenti a Davos viene fuori, addirittura, un ipotetico ticket alternativo Newsom-Raimondo), ma si sta convincendo che, con l'inflazione domata, il costo del denaro in discesa e i rischi di recessione sempre più remoti, l'economia andrà bene tanto con Trump quanto con Biden. Ammonisce Edward Luce dalle colonne del Financial Times: attenti, «questo giornale nel 1933 scrisse solo cose positive su Benito Mussolini presentando il fascismo come un nuovo Rinascimento fatto di ordine e progresso».

continua a pagina 26

GIANNELLI



La guerra Aiuti a Zelensky, in Senato rispunta l'asse Lega-M5S. Poi il Carroccio corregge l'ordine del giorno

Ucraina, accuse dopo la strage

Mosca: colpito un nostro aereo con 65 prigionieri di Kiev. La replica: colpa loro

Strage nei cieli della Russia. Un aereo da trasporto militare di Mosca, con a bordo 65 soldati ucraini pronti per uno scambio di prigionieri, sei membri dell'equipaggio e tre accompagnatori, si è schiantato vicino a Belgorod, al confine con l'Ucraina. «C'erano missili» dicono gli ucraini, che ammettono di averlo abbattuto. Lo scambio di accuse. Mentre a Roma, sugli aiuti a Zelensky rispunta l'asse Lega-M5S.

da pagina 2 a pagina 6

LE MOSSE DEGLI EX ALLEATI
Quell'attrazione irresistibile tra Salvini e Conte

di Francesco Verderami

Devono uscire da un cono d'ombra mediatico insopportabile e che rischia di oscurarli per l'intera campagna elettorale. Perciò, nel giorno in cui alla Camera l'attenzione era tutta concentrata su Meloni e Schlein, Salvini e Conte hanno preso la ribalta del Senato con i loro capigruppo.

continua a pagina 5

Meloni-Schlein, scintille alla Camera È scontro anche con il leader dei 5 Stelle

di Paola Di Caro e Monica Guerzoni

di Marco Cremonesi

Con questa legge sull'autonomia, dice Calderoli, «supereremo la questione meridionale, perché tutte le regioni avranno le stesse opportunità».

a pagina 12

ETRAI PROMOTORE «MA NON CERO»
Convegno anti aborto bufera sul leghista Billi

di Cesare Zapperi

Bufera sul deputato leghista Simone Billi per le frasi contro l'aborto — «inaccettabile anche in caso di stupro» — stampate su un depliant di un convegno da lui promosso. «Ma io non c'ero — si difende lui — e non la penso così».

a pagina 13

INDAGATA ANCHE LA LEGALE

«Manipolarono Alessia Pifferi» Sotto inchiesta le due psicologhe

di Luigi Ferrarella

Per il caso di Alessia Pifferi, che lasciò morire la figlia Diana di 18 mesi, sono finite sotto inchiesta per favoreggiamento e falso ideologico due psicologhe del carcere di San Vittore. Indagata anche la sua legale. Il pm: «È stata manipolata». Perquisite le case delle psicologhe che avrebbero suggerito il vizio di mente come tesi difensiva e manipolato alcuni testi.

a pagina 19

IL PROCURATORE VIOLA

«Milano, più pm contro le violenze sulle donne»

di Giuseppe Guastella

«A Milano più magistrati per combattere la violenza sulle donne — dice Marcello Viola, a capo della Procura —. Bisogna inoltre aumentare la vigilanza sull'incrocio tra criminalità economica e alcune presenze in città della criminalità organizzata».

a pagina 21

L'attore Infanzia, amici, passioni: Renato Pozzetto si racconta



«Io, Cochi, Jannacci: che bella vita Ma penso sempre a mia moglie»

di Giorgio Terruzzi

«Raccontare la mia vita è stato come ascoltare un altro — dice Pozzetto —, Cochi Jannacci, l'infanzia... E poi c'è sempre mia moglie». a pagina 23

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Per tanti di noi, la vista delle due maglie numero 11 sulla bara di Gigi Riva ha riaperto l'album dei ricordi di un tempo che fu: non migliore, sarebbe presuntuoso affermarlo, ma diverso. Un tempo, tanto per cominciare, dove l'ala sinistra aveva quel numero 11, l'11. Nei cortili della nostra infanzia lo riproducevamo con pezzi di stoffa o di scotch, e le gambette degli 1, cucite o incollate che fossero, rimanevano sempre un po' storte. Il numero indicava il ruolo e quasi il carattere di chi lo indossava. Nel caso di Riva, la coerenza tra numero, ruolo e carattere risplendeva assoluta. Era un mondo semplice e chiaro, dove chi portava l'11 faceva l'ala sinistra, non altro, ed esultava alzando le braccia al cielo, non esibendosi in coreografie prive di spontaneità. Un mondo dove potevi in-

La maglia numero 11



dossare la stessa maglia tutta la vita perché ci stavi bene dentro, e la possibilità di guadagnare un po' o anche molto di più del tanto che già guadagnavi non era motivo sufficiente per andare altrove. Un mondo con meno ego e perciò meno invidia: da calciatore, Riva non alzò mai la Coppa del Mondo, ma nelle foto di Berlino 2006 appare felice e orgoglioso come un papà. Poi, quando la Nazionale rientrò in Italia e alcuni politici che l'avevano dileggiata vollero mescolarsi al trionfo del Circo Massimo, lui scese dal pullman, prese la sua valigia e se ne andò. Senza dire una parola, ma con un gesto che oggi varrebbe più di mille tweet, se solo si trovasse ancora qualche numero 11 capace di farlo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SEVENTY VENEZIA

GLI SPETTACOLI

“Ho trovato le canzoni inedite di mio padre Ivan Graziani”

LUCA DONDONI - PAGINA 92



LO SPORT

McEnroe: Djokovic teme Sinner l'Arabia vuole mangiarsi il tennis

STEFANO SEMERARO - PAGINA 96



LA STORIA

Soldini e la Ferrari degli Oceani “Sarà un missile tra le onde”

FABIO POZZO - PAGINA 22



LA STAMPA

GIOVEDÌ 25 GENNAIO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



2,20 € (CON SALUTE IN ABBINAMENTO OBBLIGATORIO) ■ ANNO 158 ■ N. 24 ■ IN ITALIA ■ SPEDIZIONE ABB. POSTALE ■ D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) ■ ART. 1, COMMA 1, D.C.B.-TO ■ www.lastampa.it



CON LE NUOVE REGIONI TAGLIO DELLE RISORSE AGLI OSPEDALI IN METÀ PAESE. SCHLEIN ACCUSA: QUESTO GOVERNO È LETALE

Autonomia, Sanità a rischio

Privatizzazioni, Meloni attacca di nuovo Stellantis. La replica: “In Italia investiti miliardi”

IL COMMENTO

IL PENSIERO UNICO DELLA PREMIER

MARCELLO SORGI

Per la seconda volta in tre giorni la premier Meloni è tornata ad attaccare le imprese che si trasferiscono all'estero, promettendo provvedimenti di legge per sanzionare chi lo fa. Le critiche, non è un mistero, sono rivolte a Stellantis, la multinazionale che ha tra i suoi soci Exor, le famiglie Elkann e Agnelli, i marchi Fiat e Chrysler, e a cui fa riferimento anche la proprietà del gruppo Gedi, editore di Repubblica, La Stampa e altre testate. La polemica è stata innescata da articoli sul piano di privatizzazioni, cioè di vendite parziali di aziende di Stato, da cui il governo intende ricavare 20 miliardi di euro che contribuirebbero ad aggiustare i conti pubblici. Una scelta possibile, in qualche caso frequente pure in Paesi diversi dal nostro. - PAGINA 26

BARONI, BRAVETTI, CAPURSO, CARTABELLOTTA, MONTICELLI

La Lega cerca di correre ai ripari sui costi dell'Autonomia differenziata. I “livelli essenziali delle prestazioni” (LeP) potrebbero costare tra 80 e 100 miliardi. - PAGINE 8-10

LE ANALISI

La riforma non ferisce la Costituzione

Serena Sileoni

Ma si calpesta il diritto alla scuola

Chiara Saraceno

IL RETROSCENA

House of Confindustria la sfida Orsini-Garrone

FEDERICO MONGA

Sembra, fatte le debite proporzioni, la serie tv House of Cards. Nelle segrete stanze di Confindustria Gozzi, Garrone, Orsini e Marengi contano chi li appoggia e chi no. - PAGINA 26

IL MEDIO ORIENTE

Restare democratica ed essere ebraica la scelta non rinviabile della mia Israele

GABRIELE SEGRE



A più di 100 giorni dall'inizio del conflitto, le questioni che agitano il Medio Oriente non appaiono così differenti da quelle del giorno precedente l'attacco. - PAGINA 13

IL SONDAGGIO

Così l'estrema destra marcia sull'Europa

MARCO BRESOLINI

Un Parlamento europeo con più forze anti-sistema, meno attento a difendere lo Stato di diritto e con un maggior numero di membri filo-russi. Un Parlamento europeo più sbilanciato verso destra. Quella estrema. È lo scenario prospettato da uno studio dello European Council on Foreign Relations. - PAGINA 18

L'INTERVISTA

Bruck: “Smettete di dire voi ebrei”

LUCA MONTICELLI

Finché avrà la forza di parlare racconterò ai giovani la mia storia. Io vado avanti perché la memoria è fondamentale, vitale. Anche solo salvare la coscienza di dieci ragazzi significa che la mia esistenza non è stata inutile”. Edith Bruck, scrittrice, sopravvissuta ai lager nazisti, continua a portare nelle scuole la sua testimonianza per non dimenticare l'orrore della Shoah. - PAGINE 30 E 31

L'ATTORE FRANCESE: LA MIA VITA È FINITA, VOGLIO MORIRE

La notte di Alain Delon

DANILO CECCARELLI



Quel mito imprigionato nel passato

GIANLUCA NICOLETTI

L'uomo più bello del mondo non vuole sopravvivere oltre alla sua naturale decadenza. Alain Delon è afflitto dagli strascichi di un icrus. - PAGINA 29

STEPHANE CARDINALE - CORBIS / CORBIS VIA GETTY IMAGES

IL RACCONTO

Elly in Parlamento vince il primo round

ANNALISA CUZZOCREA

Elly Schlein esce dall'aula di Montecitorio con l'aria del giocatore tenuto a lungo in panchina. Quello che entra, segna, i compagni lo guardano come avesse fatto il miracolo e gli si fanno intorno festanti. Alla Camera è andata - insospettabilmente - così. È per la prima volta dopo settimane di divisioni e veleni, i deputati del Partito democratico hanno guardato con occhi nuovi la segretaria. Come per dire: «Ma allora può farcela davvero». - PAGINA 3

BUONGIORNO

Un uomo sta per essere giustiziato in Alabama attraverso un sistema innovativo e umanitario: l'applicazione di una maschera attraverso la quale respirerà azoto, perderà coscienza in pochi secondi e la vita in pochi minuti. Ne avevo già scritto qui mesi fa, quando l'introduzione del sistema innovativo e umanitario era stata deliberata: da un paio di secoli almeno, l'uomo cerca il modo di far fuori l'uomo senza troppe implicazioni teatrali e sgradevoli: urla di terrore e dolore, scempio di carni, fiumi di sangue. Per questo si escogitò il colpo secco della ghigliottina, e la fabbrica dello sterminio nazista pensò, naturalmente per ragioni umanitarie, come disse il comandante di Auschwitz, allo Zyklon B, gas più rapido ed efficace di quello di scarico dei camion fin lì riversato nelle camere della morte. Oggi che

Se questo è progresso

MATTIA FELTRI

aspettiamo l'esecuzione della sentenza umanitaria - si intende umanitaria soprattutto per il carnefice, a cui si risparmia lo strazio del condannato e rende il suo compito di giudice e di boia più vicino a una pratica di carte bollate - mi è venuto in mente un racconto di Franz Kafka. Si intitola Nella colonia penale. Il patibolo è un macchinario destinato allo spettacolo dell'ammazzare, e così fu per secoli: l'agonia e il pubblico. E c'è un momento in cui lo sguardo del morente incontra quello dell'uccisore e lì si compie lo scandalo sommo, del giudice che giudica il giudice. Niente è più insopportabile. Così si abolisce tutto, si aboliscono gli spettatori e si abolisce il supplizio: nessun patimento nessuna passione. Un'eutanasia imposta e lo smaltimento del rifiuto umano. Paresi chiami progresso. —

Un cammino per tutte le stagioni! 115 km a tappe tra natura, Acqua, Boschi e Cultura

Grand Tour del Lago d'Orta

WWW.CRANDTOURLAGODORTA.IT



Giovedì 25 gennaio 2024 ANNO LVIII n° 21 1,50 € Conversione di San Paolo speciale

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

La stagione delle intelligenze artificiali PARTIRE DA CIÒ CHE CI FA UMANI

PAOLO BENANTI

Chi considera l'essere umano, anche solo dal punto di vista di una fenomenologia fisica - nella postura pienamente eretta che lo caratterizza e nella plasticità dello sguardo -, appare chiaro che ogni persona vive in relazione con un orizzonte: un orizzonte che accoglie e supera le realtà che via via in esso si presentano, come argomenta Paolo Paganì in "Appunti sulla specificità dell'essere umano". Questa capacità di avere un orizzonte (e quindi, di avere un mondo) è ciò che classicamente si dice "intelletto", e che può anche essere detto "apertura trascendentale". La nostra specie si caratterizza perché è capace di costruire e avere un orizzonte, di avere un mondo mappato con l'intelletto. Questo mondo non è un qualcosa di dato staticamente ma dinamicamente affidato alla nostra stessa costituzione umana: la capacità di nutrire l'orizzonte. Questo elemento fa sì che a differenza di altri animali, le spiegazioni dei nostri comportamenti non possa essere risolte con discipline come la biologia o l'erologia, mediante cioè delle leggi "statiche" e "fisse". Quello che come specie abbiamo fatto, la trasformazione del mondo che abbiamo prodotto, la scomparsa di altri specie di viventi che abbiamo causato, tutto questo ha bisogno di una ulteriore ricerca di senso. La storia come racconto delle scelte fatte, la filosofia come ricerca di un perché razionale, l'etica come riflessione sul giusto e sul bene e la teologia come riflessione su cause e fini ultime, sono una serie di tentativi che, come uomini, abbiamo messo in atto per convivere con la nostra inquietudine. Siamo degli esseri che vedono e descrivono con desiderio infinito e capacità limitata, giungiamo, citando Leopardi, fino al punto che «da tanta parte dell'ultimo orizzonte il cielo esclude». È in questo orizzonte che va guardato e compreso il Messaggio del Santo Padre per la 58ma Giornata Mondiale delle Comunicazioni Sociali che ha come titolo "Intelligenza artificiale e sapienza del cuore: per una comunicazione pienamente umana". La complessità del presente, l'essere in un contesto ipertecnologico, il fatto che il digitale e le intelligenze artificiali stanno cambiando il nostro rapporto con la parola, narrata o scritta, il fenomeno delle fake news e tutta la complessità della galassia digitale, ci impongono di percorrere una via che si faccia carico del linguaggio e della tecnologia come parte integrante dell'essere umano. Non perché animati da un desiderio di capire come questi funzionino. Ma perché, parafrasando Wittgenstein nei suoi Quaderni, sappiamo che, anche se tutte le possibili domande scientifiche avessero avuto risposta, il vero problema del nostro essere umani non sarebbe ancora neppure toccato. È a questo livello che papa Francesco ci ricorda come, per affrontare questi interrogativi che oggi si pongono tra una macchina che ogni giorno sembra sempre più simile all'uomo e una persona che alcune prospettive vorrebbero ridurre a processi meccanici, si debba ricorrere alla sapienza del cuore. Per fronteggiare le domande che ci pone la macchina dobbiamo guardare alla comprensione profonda della natura umana e delle relazioni interpersonali. Cercare la sapienza del cuore non è cercare solo una conoscenza intellettuale, ma una sapienza che nasce dalla consapevolezza di ciò che siamo: per rispondere sulle macchine dobbiamo partire da ciò che ci fa umani. La sapienza del cuore è quindi ciò che serve per affrontare le grandi questioni della vita. Solo così potremo far spazio alle domande che Francesco ci affida in questo momento così sfidante per le nostre comunicazioni sociali: «Come tutelare la professionalità e la dignità dei lavoratori nel campo della comunicazione e della informazione, insieme a quella degli utenti in tutto il mondo? [...] Come far sì che le aziende che sviluppano piattaforme digitali si assumano le proprie responsabilità rispetto a ciò che diffondono e da cui traggono profitto, analogamente a quanto avviene per gli editori dei media tradizionali?»

continua a pagina 14

IL FATTO Oggi in CdM il Decreto attuativo della Legge delega che stanziava «oltre 1 miliardo» per la domiciliazione

Anziani, si parte

La riforma dell'assistenza da via. Sperimentazione con 1.000 euro in più per i servizi Meloni duella con Schlein e Conte sui fondi per la sanità, il Rdc cancellato e il Patto Ue

SALUTE

Record di trapianti e di pazienti in lista

Sono stati oltre 4mila gli interventi di trapianto di organi, tessuti e cellule eseguiti nel 2023 in Italia: un record. Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, in Europa siamo secondi solo alla Spagna. Ma ci sono ancora 4mila pazienti in lista d'attesa.

Badaracchi a pagina 10

Al "premier time" il capo del governo annuncia la mossa, attesa, sulla non autosufficienza, basata su una partenza per gradi. Per il resto, alla Camera botta e risposta su vari temi, incluso il movimento di Meloni a Schlein, l'uscita automatica «da un'acquisizione francese». Gli scottati più accesi col leader di Pd (che tiene il punto sul diritto alla salute, parlando di «destra letale» e ricordando che il testo alle assunzioni fu messo dal centrodestra) e M5s. La premier «richiama» la Lega, che attenua un Odlg che all'inizio chiedeva una svolta per Kiev.

Fatigante, Picariello e Riccardi alle pagine 6-7



CAGLIARI Commozione di 30mila persone ai funerali

Folla per l'addio a Riva «Corri, guarda in alto»

In 30mila ieri a Cagliari per l'ultimo saluto al campione di tutti, Gigi Riva. La salma è arrivata sul sagrato della Basilica di Donaria tra gli applausi di migliaia di persone, oltre ai familiari e agli amici più stretti, rappresentanti del Cagliari calcio, del mondo dello sport intero, istituzioni locali, regionali e nazionali. A presiedere la celebrazione l'arcivescovo di Cagliari e segretario generale della Cei, Giuseppe Banti, che nella sua omelia ha ricordato lo sportivo, ma prima ancora l'uomo, un uomo che ha fatto dello Sardegna la sua casa e dello sport la sua ragione di vita. L'impegno per i più fragili.

Cugusi e Ferraro a pagina 9

GIORNATA Rischi e opportunità nel messaggio per le comunicazioni sociali

Il Papa: regole o l'uomo diverrà cibo per algoritmi

Mettere mano a «modelli di regolamentazione etica per arginare i risvolti dannosi e discriminatori, socialmente ingiusti, dei sistemi di intelligenza artificiale»: questo l'appello lanciato da Francesco nel Messaggio per la 58ª Giornata mondiale delle comunicazioni sociali del 12 maggio, dedicata al tema «IA e sapienza del cuore».

Primopiano alle pagine 2-3

PRIMARIE USA

Trump vince ma Haley non si ritira

Donald Trump trionfa anche in New Hampshire, ma Nikki Haley non si arrende e aumenta consensi tra i repubblicani. Biden, pur non candidandosi, si è invece aggiudicato i delegati dem.

Molinaro a pagina 12

È VITA

Palermo, l'hospice che ti segue a casa

Viana a pagina 15



OMICIDIO ATTANASIO

Farnesina: immunità per gli imputati

Biolini a pagina 8



POPOTUS

Anche nei lager la bellezza resiste

Dolci pagine tabloid

Facce

Marina Corradi

La ragazza dell'Appennino

Ti avevamo chiamata Aldobrandina, in memoria di un lontano nonno Aldobrandino. Nata a fine '800 in una cascina dell'Appennino emiliano. Tanti fratelli, poco da mangiare. Chi ha potuto è partito. Anche tu, giovanissima: cameriera a Parma. In questa foto sei ormai vecchia. I capelli bianchi nello chignon, gli zigomi bianchi, la faccia forte. Non un filo di civetteria. Non credo tu abbia mai messo un rossetto. Ma, gli occhi fermi, da donna che non ha mai smesso di combattere. Le rughe sul viso tracciano una trama densa di fatica. Una donna del popolo, bella di coraggio e dei suoi anni. Tre figli nati negli anni della

Grande Guerra. Il marito sul Piave nel '15: e vittoria. Nel '42 un figlio con gli occhi neri. E ogni mattina alle sette, puntualo, a Messa, a domandare. Fatte a rincarare, sotto alle rughe, il tuo viso di diciottenne, la giovanissima cameriera in nero col grembiule bianco, nella Parma d'inizio Novecento. La ragazzina raccomandata dal parroco, scesa da sola in città. Non sapevi niente. Allora guardo la tua faccia con tenerezza, come fossi una figlia. Guardo me stessa allo specchio. Ritrovo la linea degli zigomi, e qualcosa, anche, dei tuoi occhi. Quasi non ti ho conosciuta, ma quanto grata, nonna, ti sono per l'uomo che hai fatto - tu figlia di poveri, con la quinta elementare - di tuo figlio, mio padre.

© Repubblica Italiana

Agorà

ANTROPOLOGIA
Rita Segato: «Lo stupro è un sacrificio del corpo femminile al potere»
Capuzzi a pagina 18

TELEVISIONE
De Bellis, Sky Tg24: l'IA per un futuro consapevole
Castellani a pagina 20

SPORT
Verso Parigi 2024 Prove tecniche di tregua olimpica
Nicolletto a pagina 21

STORIE DI CATTOLICI MARTIRI DEL NAZISMO



«Pagine vibranti con storie drammatiche di eroi dell'anti-nazismo»

«Un documento prezioso, un'autentica sorpresa»

LIBRERIA EDITRICE VATICANA www.libreriaeditricevaticana.it

CON LE NUOVE REGIONI TAGLIO DELLE RISORSE AGLI OSPEDALI IN METÀ PAESE. SCHLEIN ACCUSA: QUESTO GOVERNO È LETALE

Autonomia, Sanità a rischio

Privatizzazioni, Meloni attacca di nuovo Stellantis. La replica: "In Italia investiti miliardi"

**BARONI, BRAVETTI, CAPURSO,
CARTABELLOTTA, MONTICELLI**

La Lega cerca di correre ai ripari sui costi dell'Autonomia differenziata. I "livelli essenziali delle prestazioni" (Lep) potrebbero costare tra 80 e 100 miliardi. - Pagine 8-10

Autonomia Battaglia sui costi

Per riuscire a finanziare i Lep potrebbero servire 100 miliardi di euro
Calderoli spera di contenere le spese, come già fatto con gli asili nido

IL CASO

**FEDERICO CAPURSO
LUCA MONTICELLI
ROMA**

La Lega cerca di correre ai ripari sui costi dell'Autonomia differenziata. C'è senza dubbio l'allarme, lanciato dalle opposizioni e da alcuni osservatori, che si stia andando incontro a una cristallizzazione delle disuguaglianze nel Paese, penalizzando ovviamente le regioni meridionali. Ma ciò che preoccupa di più i leghisti sono le risorse da destinare al finanziamento dei Lep, i "Livelli essenziali delle prestazioni", ovvero quei diritti civili e sociali da garantire in tutte le regioni, senza i quali l'Autonomia resterà un miraggio. È impossibile stimare oggi quale sarà l'impatto dei Lep sui conti pubblici, ma le prime stime che iniziano a girare in queste settimane fanno paura: tra gli 80 e i 100 miliardi di euro.

Il ministro per l'Autonomia Roberto Calderoli conta sul fatto che nel passaggio dalla spesa

storica ai fabbisogni standard non emergano correzioni particolarmente significative nel livello delle risorse e nella loro distribuzione tra i vari territori. Una fonte tecnica vicina al dossier, interpellata da *La Stampa*, spiega: «A meno che non si vogliono stravolgere completamente le prestazioni, è ragionevole attendersi che i fabbisogni standard non si discosteranno molto dalla spesa statale attuale». A supporto di questa tesi, fonti della maggioranza citano i Lep che sono stati definiti per gli asili nido e sono costati un miliardo di euro per uniformare il servizio in tutta Italia. Un copertura importante, ma non impossibile da trovare. Ecco da dove deriva la sicurezza di Calderoli, che in questi mesi ha sempre parlato di una riforma a costo zero. Se poi le spese dovessero lievitare, l'esecutivo si trincererà dietro alla possibilità di finanziare i Lep con tagli ad altre voci di spesa o tramite aumenti di entrate, perché l'Autonomia differenziata non può comunque determinare scostamenti dai saldi di bilancio programmati.

Il tempo gioca a favore del centrodestra che, sul tema dei costi, può facilmente buttare la palla in corner. La cabina di regia del professor Sabino Cassese, che ha il compito di individuare per la prima volta quali prestazioni vanno considerate "Lep", ha ottenuto dal Milleproughe un altro anno di tempo. In più, il ddl Calderoli contiene una delega attraverso la quale si interverrà sui Lep con dei decreti legislativi entro 24 mesi



dall'entrata in vigore della legge. Insomma, se ne riparla nel 2026 inoltrato. Solo dopo si potrà andare a trattare con le Regioni per chiudere le intese. Ma se una Regione chiederà l'autonomia, ad esempio, sull'Istruzione, i Lep riferiti a quella materia - grazie a un emendamento voluto da FdI - dovranno essere garantiti in tutte le altre Regioni italiane. Questo, per le opposizioni, vuol dire solo una cosa: «È una palese presa per i fondelli degli italiani, perché anche definendo dei Lep minimi, non ci sono soldi per finanziarli. L'autonomia non si attuerà mai e resterà solo sulla carta», dice il senatore del Pd Dario Parrini, che ha seguito il percorso del dossier in commissione Affari Costituzionali. «Dall'altra parte, però, il proget-

to è pericoloso perché manda un messaggio di sfascio dell'unità nazionale, aprendo la strada alla regionalizzazione della sanità, della scuola, della previdenza, dei trasporti». Ma c'è anche «una quasi certa questione di incostituzionalità».

E qui si giocherà un altro pezzo della battaglia delle opposizioni, qualora la legge dovesse andare in porto. «C'è un tema di illegittimità costituzionale - spiega ancora Parrini - perché il testo Calderoli vuole essere una legge procedurale, ma al suo interno nasconde una legge organica, che è quella con cui si definiscono le regole con cui si approva l'intesa tra Regione e governo, senza che il Parlamento abbia la possibilità di modificarla». La leader

del Pd Elly Schlein alza quindi il tiro: «Siamo pronti a mobilitarci con le altre forze». Chissà se lo farà anche con il presidente della Campania, Vincenzo De Luca, con cui i rapporti sono piuttosto tesi. De Luca, che denuncia la «truffa» attuata dalla legge Calderoli, lancia infatti «una campagna di mobilitazione a difesa del Sud e dell'unità nazionale» di cui svelerà oggi dettagli.

Il governatore del Veneto, Luca Zaia, difende però la misura bandiera della Lega: «È immorale che ci siano cittadini costretti a curarsi in una regione che non è la loro. Ma questo è colpa del centralismo, non dell'Autonomia». E anche Fabio Rampelli, volto storico di FdI, alza un muro di fronte alle

critiche delle opposizioni: «Ci vuole pazienza di fronte alle lagnie della sinistra. I cittadini ci hanno votato per quello che loro non hanno fatto». Ma se la Lega mostra una certa frenesia nel voler approvare definitivamente l'Autonomia prima delle Europee, Rampelli sembra frenare: «Per noi non è un totem, non è un dogma. È un'opportunità che viene data all'Italia». —

Ma per legge non potranno esserci scostamenti dai saldi di bilancio

DARIO PARRINI
SENATORE
DEL PARTITO DEMOCRATICO



Non ci sono soldi per finanziare i Lep
L'autonomia non si attuerà mai e resterà solo sulla carta

LUCA ZAIA
PRESIDENTE
DELLA REGIONE VENETO



Immorale che ci siano cittadini che si curano fuori regione
Ma questa è colpa del centralismo



L'INTERVENTO

Nino Cartabellotta

Colpo di grazia alla sanità pubblica Si va in direzione contraria al Pnrr

La riforma potenzierà Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, indebolendo il Centro-Sud. Cresce l'offerta privata e la "migrazione" di medici e pazienti: uno schiaffo al Mezzogiorno

NINO CARTABELLOTTA

L'aula del Senato ha approvato il Ddl Calderoli sull'attuazione dell'autonomia differenziata che passerà quindi all'esame della Camera con l'obiettivo di diventare legge prima delle elezioni europee. Mancano dunque pochi mesi alla legittimazione normativa della "frattura strutturale" Nord-Sud, che comprometterà l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute. Esiti infauti per scorgere i quali non serve una sfera di cristallo, basta guardare allo "stato di salute" del Servizio sanitario nazionale (Ssn), all'entità delle disuguaglianze regionali e all'impatto delle maggiori autonomie sulla tutela della salute.

Oggi il Ssn vive una gravissima crisi di sostenibilità, sia per il sotto-finanziamento conseguente al saccheggio della spesa sanitaria da parte dei governi degli ultimi 15 anni, sia per l'assenza di riforme strutturali da un quarto di secolo. Tuttavia, la politica continua a illudersi di poter mantenere un Ssn pubblico, equo e universalistico con una spesa sanitaria che tra i Paesi europei ci colloca primi tra i Paesi poveri e senza attuare coraggiose riforme. E di poter garantire, con una spesa pubblica così bassa, un "paniere" di servizi e prestazioni sanitarie - Livelli essenziali di assistenza (Lea) - tra i più ampi d'Europa.



I risultati di questa "manutenzione ordinaria" ormai condizionano la vita quotidiana di tutte le persone, in particolare delle fasce socio-economiche più deboli. Interminabili tempi di attesa per una prestazione sanitaria o una visita specialistica, necessità di ricorrere alla spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure, pronto soccorso affollatissimi, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, disuguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria. E in questo contesto di indebolimento della sanità pubblica aumenta l'offerta privata per soddisfare i bisogni di salute. Nel 2021 il numero di strutture sanitarie private accreditate sono quasi la metà di quelle che erogano l'assistenza ospedaliera (48,6%) e il 60,4% di quelle per la specialistica ambulatoriale. E sono prevalentemente private le strutture per l'assistenza residenziale (84%) e semiresidenziale (71,3%) e quelle riabilitative (78,2%).

A fronte di un Ssn ispirato 45 anni fa dai principi fondanti di universalità, uguaglianza, equità, oggi ci ritroviamo 21 servizi sanitari regionali profondamente diseguali, con i residenti nella maggior parte delle Regioni meridionali a cui non sono garantiti nemmeno i Lea. Infatti, il monitoraggio 2021 da parte del Ministero della Salute documenta che delle 14 Regioni adempienti solo 3 sono del Sud: Abruzzo, Puglia e Basilicata,

rispettivamente in 12^a, 13^a e 14^a posizione. E questa "frattura strutturale" Nord-Sud contribuisce ad alimentare il triste fenomeno della mobilità sanitaria che nel 2021 vale 4,25 miliardi di euro: un fiume di denaro che scorre prevalentemente da Sud verso tre Regioni settentrionali dove si concentra il 93,3% dei saldi attivi. Proprio le stesse Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto) che hanno già sottoscritto i pre-accordi per le maggiori autonomie. E le Regioni con saldo positivo superiore a 100 milioni sono tutte al Nord: Emilia-Romagna (442 milioni), Lombardia (271 milioni) e Veneto (228 milioni); e quelle con saldo negativo maggiore di 100 milioni di euro tutte al Centro-Sud: Abruzzo (-108 milioni), Puglia (-131 milioni), Lazio (-140 milioni), Sicilia (-177 milioni), Campania (-221 milioni), Calabria (-252 milioni). Inoltre, tutte le Regioni del Sud, eccetto la Basilicata, si trovano insieme al Lazio in regime di Piano di rientro, con Calabria e Molise commissariate. Uno status che se da un lato "paralizza" la riorganizzazione dei servizi, dall'altro rende impossibile godere di qualsiasi beneficio dalle maggiori autonomie in sanità, di fatto nemmeno esigibili. E sono



sempre le Regioni del Sud, in conseguenza dell'attuazione dei Piani di rientro, quelle dove si rileva maggior carenza di personale sanitario, soprattutto infermieristico. Ancora, l'attuazione della Missione Salute del Pnrr dimostra che i ritardi delle Regioni del Centro-Sud "trascinano" al ribasso il target nazionale. Ad esempio, entro il 2026 il Pnrr deve aumentare di oltre 800mila i pazienti over 65 in assistenza domiciliare integrata (Adi); ma se è realistico raggiungere l'obiettivo nazionale è una mission impossibile colmare i divari regionali. Infatti, se Emilia-Romagna, Toscana e Veneto per raggiungere l'obiettivo devono aumentare i pazienti assistiti in Adi rispettivamente del

35%, del 42% e del 50%, in alcune Regioni del Centro-Sud i gap sono abissali: la Campania deve incrementarli del 294%, il Lazio del 317%, la Puglia del 329% e la Calabria del 416%. E così, invece di supportare le Regioni meridionali per colmare i gap esistenti con il Nord, l'autonomia differenziata va "in direzione ostinata e contraria" contrastando proprio il fine ultimo del Pnrr: perseguire il riequilibrio territoriale e rilanciare il Mezzogiorno.

In questo contesto, le maggiori autonomie potenzieranno le capacità di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto nell'erogare servizi e prestazioni sanitarie, indebolendo ulteriormente le Regioni del Centro-Sud, incluse quelle a

statuto speciale. Ad esempio, più autonomie sul sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione rischiano di sovvertire gli strumenti di governance del Ssn aumentando le disuguaglianze nell'offerta dei servizi e favorendo l'avanzata del privato accreditato. Altre autonomie risultano francamente "eversive". Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via libera a sistemi assicurativo-mutualistici regionali. O ancora la richiesta di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del Ssn, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professiono-

nale, rischia di concretizzare una concorrenza tra Regioni con "migrazione" del personale dal Sud al Nord.

L'autonomia differenziata non è solo uno schiaffo al Meridione, visto che aumenterà la dipendenza delle Regioni del Sud dai servizi sanitari prodotti da quelle del Nord, ma rappresenta anche il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale, pilastro della democrazia e di coesione sociale. —

Nel 2021 la mobilità sanitaria verso il Nord Italia valeva 4.25 miliardi
Già oggi molti territori non garantiscono i livelli essenziali di assistenza



SMENTITE

Oggi dice il contrario di tutto quello che aveva detto in passato, prima o poi Giorgia Meloni smentirà di essere sé stessa.

jena@lastampa.it

LE MATERIE IN GIOCO

Dove sono possibili autonomie differenziate tra le Regioni

 1. Rapporti internazionali e con la Ue	 9. Ordinamento sportivo	 17. Coordinamento finanza pubblica-tributi
 2. Commercio con l'estero	 10. Protezione civile	 18. Tutela dell'ambiente
 3. Tutela e sicurezza del lavoro	 11. Governo del territorio	 19. Valorizzazione dei beni culturali
 4. Istruzione	 12. Porti e aeroporti civili	 20. Promozione attività culturali
 5. Professioni	 13. Grandi reti di trasporto e navigazione	 21. Aziende di credito a carattere regionale
 6. Ricerca scientifica e tecnologica	 14. Ordinamento della comunicazione	 22. Enti regionali di credito agrario
 7. Tutela della salute	 15. Energia	 23. Organizzazione giustizia di pace
 8. Alimentazione	 16. Previdenza integrativa	

*sono quelle per cui l'articolo 117 della costituzione prevede possibili competenze regionali

WITHUB



«La legge voluta dalla Lega rischia di affossare definitivamente la sanità meridionale»

L'ultimo rapporto **Gimbe** sulla migrazione sanitaria non lascia dubbi: l'autonomia certificherebbe una volta per tutte la morte dei servizi al Sud

RICCARDO TRIPEPI

Mentre divampa la polemica politica, intensificata dal vento delle competizioni elettorali che si avvicinano, l'autonomia differenziata comincia a preoccupare gli esperti dei vari settori per le possibili ricadute sul Sud e sulla stessa competitività dell'Italia. L'approvazione della riforma targata Calderoli, senza una precisa individuazione dei Lep e delle risorse ad essi destinate, potrebbe segnare un punto di non ritorno anche per diritti fondamentali, a partire da quello alla salute. La pandemia ha mostrato le fragilità del sistema italiano e di quello del Mezzogiorno in particolare, ma adesso la situazione potrebbe complicarsi ancora di più. L'ultimo rapporto Gimbe sulla migrazione sanitaria non lascia dubbi in proposito. Secondo l'analisi di Gimbe la mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto un valore di 4,25 miliardi, cifra nettamente superiore a quella del 2020 (3,33 miliardi), con saldi assai variabili tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Il saldo è la differenza tra mobilità attiva, ovvero l'attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni, e quella passiva, cioè la "migrazione" dei pazienti dalla Regione di residenza. Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto raccolgono il 93,3 per cento del saldo attivo, mentre il 76,9 del saldo passivo si concentra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo. Le parole del presidente Cartabellotta a corredo del report sono poi assai dure: «Risulta ai limiti del grottesco la posizione dei presidenti delle Regioni meridionali governate dal centro-destra favorevoli all'autonomia differenziata. Una posizione autolesionistica che dimostra come gli accordi di coalizione partitica prevalgano sugli interessi della popolazione». Secondo il presidente di Gimbe, inoltre, l'autonomia si metterebbe di traverso anche alla possibilità di mettere a terra le risorse del Pnrr per potenziare gli organici degli ospedali del Mezzogiorno. «Urgo-



no interventi straordinari per reclutare in tempi brevi il personale infermieristico, oltre a investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027 – spiega Cartabellotta - e occorre supportare le Regioni meridionali per colmare i gap esistenti con il Nord. In tal senso, va in 'direzione ostinata e contraria l'intero impianto normativo del Ddl Calderoli che contrasta il fine ultimo del Pnrr, sottoscritto dall'Italia e per il quale abbiamo indebitato le future generazioni. Ovvero perseguire il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni».

L'allarme sul possibile impatto dell'autonomia differenziata sulla sanità arriva anche dall'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) che delinea uno scenario in cui si assisterà a una «progressiva privatizzazione della sanità in alcune Regioni e concorrenza anche fra le strutture pubbliche, a danno sia dei pazienti che degli operatori sanitari. Il punto di non ritorno per il Servizio sanitario nazionale, a cui rischia di condurre il disegno di legge sull'autonomia differenziata, approvato al Senato». Gli oncologi hanno poi espresso «forti preoccupazioni» sulla norma, anche per le possibili conseguenze sulla qualità delle cure.

Anche il direttore dello Svimez Luca Bianchi, intervistato da *La Notizia*, teme che l'autonomia differenziata possa essere di ostacolo agli investimenti del Pnrr e ve-

de pericoli non solo per il Meridione. «È un rischio per l'Italia, non solo per il Sud. L'autonomia differenziata delineata dal Governo espone l'intero Paese ai rischi di un indebolimento della capacità competitiva per effetto di una frammentazione inaccettabile delle politiche pubbliche. Con riferimento specifico alle Regioni del Mezzogiorno a questo quadro di frammentazione si aggiungono i rischi di un congelamento dei divari di spesa pro capite già presenti».

**ATTACCHI DAI BANCHI
DI PIÙ EUROPA E AVS ANCHE SUI
RISARCIMENTI ALLE FAMIGLIE
DELLE VITTIME DELLE STRAGI
NAZISTE E SULLA GUERRA
ISRAELO-PALESTINESE**



24 gen
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

S
24

Ddl Calderoli: nell'autonomia differenziata assicurare i Lep per garantire i diritti di tutti

di *Ettore Jorio*

Ovunque la gente muore di mala sanità o quantomeno passa le pene dell'inferno nel rintracciare un medico di famiglia che non ha più ovvero, ancora, ad "acchiappare" un esame diagnostico vitale, altrimenti programmabile a distanza di anni, spesso post mortem.

Ovunque gli anziani sono più soli che mai, e nella loro moltitudine maggioritaria nella nazione non hanno servizi adeguati e non trovano alcuno che garantisca loro l'assistenza sociale. Idem, con somma vergogna, per i disabili.

Per non parlare di trasporti pubblici, latitanti e angusti a tutti i livelli; di una scuola che non lo è più; di rifiuti che rientrano per volume nelle abitazioni poste ai primi piani perché incontenibili sui marciapiedi; dell'ambiente degradato; del dissesto idrogeologico; del mare pieno di escherichia coli; di una sicurezza tanto in deficit sociale da far portare a casa qualche coltellata. Per non parlare della condizione delle infrastrutture con ponti in pericolo e strade con voragini che conducono all'inferno.

Ebbene, a fronte di tutto questo, pur di dimostrare di esserci, si fa il tifo perché le cose continuino così, con una spesa storica incapace di rendere servizi, buona solo a farci la cresta sopra.

Insomma, invece di affrontare la mamma di problemi, la finanza pubblica, come meglio renderla strumentale a rendere i diritti fondamentali, ci si reinventa.

Con questo si prende a schiaffi la Costituzione, quella voluta di forza nel 2001 dal centrosinistra alla quale ha dato un ampio consenso referendario il Paese il 7 ottobre di quell'anno. Ma non ci si accontenta di ciò. Il centrosinistra maltratta il ddl predisposto e approvato dal governo Prodi il 3 agosto 2007 di attuazione del federalismo fiscale, un po' prima che fosse mandato a casa. Dal quale testo uscì poi, con qualche miglioramento, quello di Calderoli che si tradusse nella legge 42/2009 con una votazione positiva di tutto il Parlamento, fatta eccezione dell'Udc.

A questa seguirono undici decreti delegati condivisi da tutto l'arco parlamentare, tra i quali quello (n. 168/2011) che affidava ai costi e fabbisogni standard, collaborati dal fondo perequativo in soccorso delle Regioni povere, la sostenibilità dei Lep.

A proposito di questi ultimi, fatta eccezione per i malconci e inadeguati Lea venuti fuori a fine 2001 e rivisti a gennaio 2017, a nessuno è importato più dello zero (nel senso matematico).

A ricordarsene, con un mero ma confuso accenno perché messo in una relazione errata, Boccia nel suo Ddl del 2020 (Conti II) poi ripreso dalla Gelmini nel governo Draghi che,



di fatto, hanno svolto lo stesso ruolo di Prodi. Testi gregari per Calderoli, che ne ha copiato tanto e migliorato parecchio portando così a casa il voto favorevole dal Senato il 23 gennaio scorso.

C'è da essere soddisfatti?

Affatto. L'impianto legislativo è appena passabile ma positivamente condizionato alla definizione dei LEP e alla determinazione degli strumenti finanziari per sostenerli.

Il tutto, avvenuto nella confusione totale, nella totale inconsapevolezza di cosa si stesse facendo a partire dall'insediamento dell'attuale Governo:

-Legge 197/2022, di bilancio per il 2023. Un obiettivo temporale per definire i LEP con scadenze ballerine, prima entro la fine del 2023, oggi del 2024 e chissà per arrivare fin dove;

-L'affidamento ad una Cabina di regia politica con il mandato di determinarli al CLEP. Un'invenzione che non va bene per raggiungere la mission di definizione dei Lep. Un organo pletorico che sta dimostrando la sua lentezza e la non adeguatezza a raggiungere velocemente lo scopo istituzionale. Individuare i Lep per materia non è roba da affidare, esclusivamente ad accademici, ai quali manca la duttilità della materia. I Lep sono materiale d'uso, in quanto tale non da racchiudere in schede che nel leggerle si ricava una grande lontananza dal pervenire a ciò che occorre al Paese per usufruire nel concreto dei diritti civili e sociali. I LEP costituiscono l'elemento basico attraverso i quali gli anzidetti diritti prendono forma esigibile e non già assumano circoscrizioni teoriche fini a se stesse;

-Il tema nella sua completezza. Un disorientamento totale nel comprendere cosa occorra fare per finanziare il buon esito della partita. Meglio quanti soldi occorrono, una volta individuati, per renderli esigibili alla popolazione intera. E qui si apre il sipario delle fantasie che si leggono e si ascoltano. A proposito, si assiste al dramma della inconsapevolezza di chi pretende il costo delle dipinture dei muri senza neppure avere costruita la casa. Diventa, infatti, ridicolo ascoltare previsioni sia nefaste che stupefacenti.

Entrambe sono impossibili e incredibili sino a quando non si verifichino più cose:

a)che vengano definiti i Lep per materie o gruppi di esse, al lordo delle trasversalità necessarie;

b)che vengano per ogni materia individuati i fabbisogni delle singole regioni, con una chiara evidenziazione delle differenze negative che le distinguono sul piano della povertà del gettito;

c)che vengano determinati i costi standard per Lep o gruppi di essi

d)che sulla base degli anzidetti rilievi differenziati vengano determinati per Lep i fabbisogni standard cui dare certezza di copertura anche attraverso la perequazione verticale che occorre disciplinare e rendere praticabile previa la costituzione del Fondo. Un'esigenza irresponsabilmente silente in tutto il percorso pre-legislativo.

Solo così potrà farsi ciò che occorre, altrimenti continueranno competizioni sull'acqua calda. Ciò in quanto il regionalismo differenziato, per potervi accedere, è subordinato a tutto quanto evidenziato. Insomma, no Lep, costi e fabbisogni standard? No party!

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

24 gen
2024

DAL GOVERNO

S
24

Gimbe: la Missione Salute del Pnrr rispetta le scadenze ma restano i nodi sul personale e il gap Nord-Sud

di *Fondazione Gimbe*

«Nell’ambito delle attività del nostro Osservatorio sul Servizio Sanitario Nazionale – dichiara Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – nel 2023 abbiamo avviato il monitoraggio indipendente dello status di avanzamento della Missione Salute del PNRR, al fine di fornire un quadro oggettivo sui risultati raggiunti, di informare i cittadini ed evitare strumentalizzazioni politiche».



STATO DI AVANZAMENTO AL 31 DICEMBRE 2023

Monitoraggio del Ministero della Salute. Secondo i dati resi pubblici il 23 gennaio 2024 sul portale del Ministero della Salute che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del PNRR:

● **Milestone e target europei:** con il raggiungimento del target “Almeno un progetto di telemedicina in ogni Regione”, sono state rispettate tutte le scadenze fissate per gli anni 2021-2023.

● **Milestone e target nazionali:** «Traguardi e obiettivi nazionali – spiega Cartabellotta – sono step intermedi che non condizionano l’erogazione dei fondi da parte dell’Europa, ma che richiedono un attento monitoraggio

perché potrebbero compromettere le correlate scadenze europee». Sono stati raggiunti entro le scadenze fissate tutti quelli previsti nel 2021 e 2022.

Relativamente al 2023, sono stati differiti tre target: da giugno 2023 a giugno 2024 la “Stipula di un contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria” e la “Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali”. Un ulteriore target - “Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)” - era già stato differito di 12 mesi: da marzo 2023 a marzo 2024.

«Al momento i ritardi sulle scadenze nazionali non sono particolarmente critici – commenta Cartabellotta – fatta eccezione per i “Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)”. In dettaglio, entro marzo 2023 avrebbero dovuto essere assistiti in ADI 296 mila pazienti over 65, una scadenza slittata di 12 mesi per le enormi differenze regionali nella capacità di erogare l'assistenza domiciliare, ambito in cui il Centro-Sud era già molto indietro». Infatti, secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 13 marzo 2023 per assistere almeno il 10% della popolazione over 65 in ADI il PNRR si pone l'obiettivo di aumentare il numero delle persone prese in carico passando dagli oltre 640 mila del dicembre 2019 a poco meno di 1,5 milioni nel 2026, per un totale di oltre 808 mila persone in più.

«Tuttavia – spiega Cartabellotta – se da un lato è realistico il raggiungimento del target nazionale, dall'altro è molto più difficile colmare i divari regionali. Infatti, se Emilia-Romagna, Toscana e Veneto per raggiungere il target 2026 devono aumentare i pazienti assistiti in ADI rispettivamente del 35%, del 42% e del 50%, in alcune Regioni del Centro-Sud i gap sono abissali: la Campania deve incrementarli del 294%, il Lazio del 317%, la Puglia del 329% e la Calabria addirittura del 416%» .

RISORSE ASSEGNATE E SPESE EFFETTUATE. Secondo la memoria dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UDP) sulla base delle informazioni della piattaforma ReGiS di monitoraggio del PNRR - aggiornate al 26 novembre 2023 - la Missione 6 Salute si caratterizza per un insolito paradosso, di cui è difficile comprendere le motivazioni. Da un lato si registra un'elevata percentuale di risorse assegnate ai progetti (83,6%); dall'altro emerge che la Missione Salute è quella con la percentuale più bassa (1%) delle risorse spese, rispetto al 20% della Missione 1, al 19% della Missione 2, al 18% della Missione 3, al 7% della Missione 5, e al 5% della Missione 4.

RIMODULAZIONE MISSIONE 6 SALUTE. In occasione del monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento della Missione 6 Salute del PNRR è utile ricordare le principali variazioni che la proposta di rimodulazione approvata il 24 novembre 2023 dalla Commissione Europea prevede rispetto al piano originale.

● Riduzione di Case della Comunità (-312), Centrali Operative Territoriali (-120) e Ospedali di Comunità (-74) e interventi di antisismica (-25) secondo criteri di distribuzione regionale al momento non noti. «Se ad essere espunte saranno le strutture da realizzare ex novo – spiega Cartabellotta – ad essere penalizzate saranno prevalentemente le Regioni del Centro-Sud». Secondo le dichiarazioni pubbliche le strutture espunte dovrebbero essere realizzate con le risorse del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (ex art. 20 L. 67/1988) non spese dalle Regioni. «Tuttavia – precisa il Presidente – se da un lato le Regioni hanno già espresso le loro perplessità in merito all'utilizzo di tali fondi, dall'altro il documento approvato dalla Commissione Europea li cita solo per compensare gli investimenti relativi all'antisismica».

● Aumento del numero di persone over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare (da almeno 800 mila a 842 mila) – di cui non è ancora disponibile la ripartizione per Regioni – e del numero di pazienti assistiti in telemedicina (da almeno 200 mila a 300 mila).

● Riduzione dei posti letto di terapia intensiva (-808) e semi-intensiva (-995).

● Differimento temporale del target relativo all'attivazione delle Centrali Operative Territoriali dal 30 giugno 2024 al 31 dicembre 2024 (+6 mesi) e, soprattutto, all'installazione delle grandi apparecchiature dal 31 dicembre 2024 al 30 giugno 2026 (+18 mesi).

Formalmente, al 31 dicembre 2023 le scadenze europee sul PNRR che condizionano il pagamento delle rate sono state tutte rispettate. E delle scadenze nazionali l'unica da "attenzionare", tra le tre differite, riguarda l'assistenza domiciliare negli over 65. Tuttavia, commenta il Presidente «effettuata la "messa a terra" della Missione Salute, il rispetto delle scadenze successive sarà condizionato soprattutto dalle criticità di attuazione del DM 77 nei 21 servizi sanitari regionali, legate sia alle figure chiave del personale sanitario coinvolte nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, sia alle enormi differenze regionali, che rischiano di essere amplificate dall'autonomia differenziata».

Innanzitutto, la gravissima carenza di personale infermieristico: gli ultimi dati relativi al 2021 documentano un numero di infermieri in Italia pari a 6,2 per 1.000 abitanti, rispetto alla media OCSE di 9,9, con rilevanti differenze tra Regioni che penalizzano prevalentemente quelle del Centro-Sud sottoposte a Piano di Rientro. Una carenza che stride con il fabbisogno stimato da Agenas per attuare il DM 77: un range da 19.450 a 26.850 infermieri. In secondo luogo, il limbo in cui rimangono le modalità di coinvolgimento dei medici di famiglia nelle Case della Comunità. Infine,

tutte le differenze regionali che, oltre alla già citata ADI, riguardano i modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, la dotazione iniziale di Case della comunità e Ospedali di comunità e l'attuazione del fascicolo sanitario elettronico. Ma soprattutto, continua Cartabellotta «l'esigibilità dei miglioramenti organizzativi e dei nuovi servizi da parte dei cittadini si allontana anche per la rimodulazione al ribasso e lo slittamento di 18 mesi della scadenza per rinnovare le grandi apparecchiature, peraltro motivato da criticità minori, quali lo smaltimento delle vecchie apparecchiature e l'adeguamento dei locali».

«La Missione Salute del PNRR – conclude Cartabellotta – rappresenta una grande opportunità per potenziare il SSN, ma la sua attuazione deve essere sostenuta da azioni politiche. Innanzitutto, per attuare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale servono coraggiose riforme, finalizzate in particolare a definire il ruolo e responsabilità dei medici di famiglia; in secondo luogo, urgono interventi straordinari per reclutare in tempi brevi il personale infermieristico, oltre a investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027; infine, occorre supportare le Regioni meridionali per colmare i gap esistenti con il Nord. In tal senso, va in “direzione ostinata e contraria” l'intero impianto normativo del Ddl Calderoli che contrasta il fine ultimo del PNRR, sottoscritto dall'Italia e per il quale abbiamo indebitato le future generazioni. Ovvero perseguire il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni per rilanciare il Mezzogiorno, accompagnando il processo di convergenza tra Sud e Centro-Nord quale obiettivo di crescita economica, come più volte ribadito nelle raccomandazioni della Commissione Europea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità, auto, conti pubblici: il duello in aula di Meloni

► Il premier attacca Schlein e Conte: «I problemi li avete lasciati voi»
E su Stellantis aggiunge: «Incentivi solo per vetture prodotte in Italia»

ROMA Scontro in Aula, con affondo del premier Giorgia Meloni su sanità, auto e conti pubblici. Ajello, Malfetano e Pucci alle pag. 2 e 3

Giorgia-Elly, prove tv nella sfida sulla sanità

► Tema popolare (e elettorale). La dem: «Assunzioni limitate? Decise il centrodestra»
► Conte applaude, ma resta tagliato fuori
Le telecamere saranno solo per loro due

I PERSONAGGI

ROMA «Come antipasto mi pare andato bene». E sembra soddisfatta Elly Schlein, mentre si avvia da sola alla buvette di Montecitorio dove ordina una bottiglietta di acqua leggermente frizzante, di questo assaggio di confronto con Giorgia Meloni che poi avrà la sua scena madre nel faccia a faccia tivvù (Bruno Vespa è pronto) tra marzo e aprile.

Li ha visti gli applausi che le rivolgeva Conte mentre lei attaccava il capo del governo sulla sanità? «Ah, applaudiva?»

Mi fa piacere, perché uniti si vince». Contenta di aver incalzato Meloni sul fatto che nel 2009 non la sinistra ma il governo di destra mise il tetto alle assunzioni ne-

gli ospedali? Sorreggia la sua acqua Elly. Deglutisce. Allontana la bottiglietta dalle labbra. Sorride. Racconta: «Appena Meloni ha fatto questo errore in aula, a riprova che si preparano poco, mi sono subito ricordata di quell'anno.

Ero all'università a Bologna nel 2009, lottavo come tanti altri studenti contro il governo berlusconiano e non potevano che essere stati loro ad aver fatto quella norma così pesante per la vita delle persone, dei malati e delle loro famiglie». E ancora: «Quando vado in giro per l'Italia, molti mi chiedono di insistere sul tema della sanità che è allo sfascio. Per me, come per tutti, questo è un tema fondamentale, e perciò ho sfidato su questo Meloni». Un tema pop. Per

una campagna elettorale che Schlein, candidata o meno, cercherà di "poppizzare" il più possibile, cercando di sfondare in quel campo chiamato "ggente" che Giorgia sa frequentare con abilità. E anche Meloni, proprio perché in aula si è parlato di sanità,

cioè di una cosa reale di vita quotidiana e non di fumisterie e ideologie, si è sentita a proprio agio nel faccia a faccia con l'avversaria.

«Tempo fa - ha attaccato nell'emiciclo la democrat rivolta alla sorella d'Italia - mi ha colpito un messaggio ricevuto da una donna alla cui madre malata on-



cologica e cardiologica è stato fissato appuntamento all'ottobre 2026. Non sa nemmeno se ci arri-

verà. Mancano almeno 30 mila medici, 70 mila infermieri, mentre 21 mila medici sono già fuggiti all'estero. L'unico modo di abbattere le liste d'attesa è di abbattere il tetto alle assunzioni. Intendete farlo e mettere le risorse per un piano straordinario? Non risponda che potevamo farlo noi, io al governo non ci sono stata ancora e lei governa da 16 mesi». «Come ricorda la collega Schlein - ecco il contrattacco - il tetto alla spesa del personale sanitario fu introdotto nel 2009: ha portato al crescente ricorso ai contratti a termine e al devastante fenomeno dei medici gettonisti. Facciamo i conti con una situazione stratificata in 14 anni. Non chiederò perché non lo avete risolto voi questo problema. Le dirò che è un'implicita attestazione di stima chiedere a noi, come lei sta facendo, di risolvere i problemi che non avete risolto in dieci anni al governo». Replica di Elly: «Ma lei è andata al governo per risolvere i problemi o per continuare a fare opposizione scaricando su altri i problemi che ha creato lei? Perché nel 2009, quando è stato introdotto il tetto

alle assunzioni, al governo c'era lei, da ministra nell'esecutivo Berlusconi».

SCHEMA A DUE

L'affondo più duro, ma meno pop, Schlein lo fa fuori dall'aula con qualche cronista evocando Orban: «Mi sembra che Meloni abbia avviato la campagna ungherese: gli attacchi al giornalismo di inchiesta e alla libertà di stampa, quelli alla magistratura e ai sindacati...». «Ma se Elly batterà su questi tasti nei comizi e non appunto sulla sanità - osserva chi ha accompagnato all'uscio di Montecitorio la leader di FdI - ci fa un regalone alle Europee». Di fatto, Schlein in gessato nero su camicetta bianca e Meloni in grigio, né l'una troppo in tenuta sinistrese comprensiva di armocromia né l'altra in tenuta sbagliata, si sono sfidate tenendo fede al format che dicono di voler mantenere fino alla fine della partitissima di giugno. Dure sui contenuti, perché lo scontro è il sale della reciproca legittimazione che esclude tutti gli altri, ma senza esagerare nei toni e tenendosi sulla linea di quel fair play che non rientra solo nel rispetto istituzionale dei loro ruoli, ma che vuole essere qualcosa di più: un'unione nella disunione,

un duello da neo-politica al femminile lontana da ogni eccesso incivile. Quella di ieri sembra la sgambata in vista del super-match in video. In vista del quale le due leader - questa l'ipotesi - potrebbero addirittura annunciare in simultanea, e in accordo, la vicendevole candidatura come capoliste di FdI e Pd. Chi ieri ha applaudito Schlein ma si sente estromesso dal grande gioco è Conte. E non è servito il suo affondo d'aula contro Meloni sul patto di stabilità («Ha illuso gli italiani dicendo che sarebbe andata a Bruxelles a far tremare l'Europa. Qui a tremare invece è solo l'Italia»). Replica: «Con lo sperpero del superbonus vi siete pagati la campagna elettorale delle politiche ma ora quella stagione è finita», per dargli quel ruolo da co-protagonista che Elly e Giorgia gli negano e gli negheranno.

Mario Ajello

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DIBATTITO ASPRO, MA NEI LIMITI DEL FAIR PLAY E NEL FACCIA A FACCIA TELEVISIVO POTREBBERO ANNUNCIARE ENTRAMBE LA CORSA A STRASBURGO

HANNO DETTO

Meloni, lei è ossessionata dal Superbonus. **La truffa è il suo programma farlocco** che ha portato agli elettori. Lei è un re Mida al contrario. GIUSEPPE CONTE

Ha confermato di aver mentito, di aver alzato le tasse. **La regina delle tasse.** L'unica speranza di questo paese è che lei resti a Palazzo Chigi il meno possibile. MARIA ELENA BOSCHI

Il problema è che un'azienda non ha mantenuto gli impegni presi. Calenda lo ha ripetuto spesso ma è finito isolato nel porre un tema che riguarda l'industria italiana. MATTED RICCHETTI



La segretaria del Partito democratico Elly Schlein ieri ha rivolto alla presidente del Consiglio un'interrogazione sul tema della sanità: «Una madre malata oncologica e cardiologica mi ha scritto: le hanno fissato un appuntamento nell'ottobre del 2026



Meloni duella con Conte sul Patto Ue Sanità, Schlein attacca: «Destra letale»

ANGELO PICARIELLO
Roma

Giorgia Meloni a tutto campo alla Camera, al *premier time*. Una sorta di *“one woman show”*, da Gaza al nuovo Patto Ue di stabilità, dalle privatizzazioni al comparto auto e con un duro botta e risposta con i leader delle opposizioni: con Giuseppe Conte sui conti europei e con Elly Schlein soprattutto sui tagli alla sanità. A scatenare l'aspro botta e risposta con l'ex premier è l'interrogazione del M5s sulle nuove regole contabili europee. «Quando ti presenti al tavolo delle trattative con un deficit al 5,3% causato dalla ristrutturazione gratuita di seconde e terze case, è possibile che qualcuno ti guardi con diffidenza - attacca la premier - E se noi, nonostante l'eredità pessima abbiamo strappato un buon compromesso è perché abbiamo mostra-

to che la stagione dei soldi gettati al vento è finita». La premier sottolinea il risultato ottenuto «per uno Stato con un alto debito»: esser riusciti a «dibattere circa 35 miliardi» nel passaggio dal vecchio al nuovo Patto. Durissimo Conte, intervenuto in sede di replica: «Lei ha illuso gli italiani dicendo che avrebbe fatto tremare l'Europa. Qui a tremare è l'Italia. Cosa ha fatto a Bruxelles in 16 mesi? Non ci ha mai detto quale sarà la sua proposta. Le battaglie si possono perdere, ma perderle senza combattere significa perderle con disonore». Quindi, dopo averla esortata a «tirar fuori una proposta per la pace» a Gaza e in Ucraina, ha rincarato la dose: «Noi abbiamo portato all'Italia i soldi del Pnrr, lei ha portato 12 miliardi in meno che saranno tagli. Lei è ossessionata dall'ecobonus, ma la più grande truffa è il programma farlocco presentato agli elettori. Patriota come è cede Poste e Ferrovie, lei è Mida al contrario - è stato l'attacco finale di Conte -, quello che tocca distrugge. Faccia meno, può darsi faccia meno danni». Poco dopo ecco Elly Schlein, concentrata sul cavallo di battaglia del diritto alla salute: «Non risponda che potevamo farlo noi e non racconti la solita balla del più grande investimento della storia - ha attaccato la segretaria del Pd -. Non esiste nessuna destra sociale, questa è una destra letale. E sulla sanità lei è la regina dei ta-

gli. Mancano almeno 30mila medici, 70mila infermieri, mentre 21mila medici sono già fuggiti all'estero. L'unico modo di abbattere le liste d'attesa è di abbattere il tetto alle assunzioni». Sulla sanità, è stata la replica di Meloni, «facciamo i conti con una situazione stratificata, quel tetto è stato introdotto nel 2009. E considero una implicita attestazione di stima il fatto che oggi ci chiediate di risolvere tutti i problemi che voi non avete risolto in 10 anni al governo, grazie», ha ironizzato Meloni. Ricevendo però la stoccata di Schlein: «E lei era ministro quando è stato fissato nel 2009». Per il resto, la premier è partita da una riflessione sul conflitto a Gaza. Sul no del governo d'Israele alla soluzione dei due Stati in Medio Oriente ha detto: «Non condivido la posizione assunta da Netanyahu, ma la condizione è il riconoscimento del diritto all'esistenza dello Stato ebraico». E Nicola Fratoianni le ha risposto che «noi di Avs abbiamo condannato senza se e senza Hamas, ora senza un cambio di passo è il governo che si rende complice di un massacro di civili». Poi è toccato al Rdc cancellato (il nuovo assegno Adi «ha un importo medio di 635 euro», più del vecchio Reddito) e a Stellantis e il comparto auto: «Il governo vuol difendere l'interesse nazionale e tornare a produrre in Italia un milione di veicoli l'anno», ha detto Meloni che ha criticato lo posta-

mento delle sedi fuori dall'Italia e la fusione «che celava un'acquisizione francese del gruppo italiano». Quindi la difesa delle privatizzazioni e l'ultimo scontro con Maria Elena Boschi, di Iv, che le ha contestato l'aumento delle tasse nel settore agricolo (per Meloni gli sconti tolti aiutavano soprattutto le grandi imprese) e ha concluso: «Lei è la presidente delle tasse, non solo in agricoltura, ma anche su pannolini, sul “rientro dei cervelli”, sulle accise e persino sui transfrontalieri, non vi siete dimenticati di nessuno. E per cosa? Per aumentare le spese dei vostri staff: con Renzi costavano 12 milioni, oggi costano 21».

ALLA CAMERA

La sfida con i leader dell'opposizione, col capo M5s che la chiama «re Mida al contrario». E l'attacco su Stellantis: la fusione fu una «celata acquisizione francese». Polemica con Iv («È la premier delle tasse») e con Avs su Gaza e Netanyahu



Due momenti del “premier time” di ieri a Montecitorio: a sinistra Giorgia Meloni, sopra la segretaria del Pd Elly Schlein



Sanità24

24 gen
2024

IN PARLAMENTO

S
24
▲

Meloni risponde a Schlein sulla sanità alla Camera: il superamento del tetto di spesa sul personale è obiettivo urgente. Gettonisti, puntiamo ad azzerarli

di Radiocor Plus

«Non ci siamo tirati indietro neanche sul problema della carenza di personale e della necessità di aumentare gli organici nelle strutture sanitarie, problemi anche questi che non nascono esattamente oggi. Ci stiamo occupando e ci occuperemo anche di questa eredità pesante, compreso il superamento del tetto di spesa, che è un obiettivo che abbiamo e che contiamo di raggiungere quanto prima, compatibilmente, chiaramente, con gli impegni di finanza pubblica, perché per noi assicurare il diritto alla salute dei cittadini è una priorità assoluta». Lo ha detto la presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, nel corso del Question Time alla Camera, rispondendo a un'interrogazione sulla sanità della leader del Pd, Elly Schlein. «Quello dei medici gettonisti, per esempio - ha sottolineato Meloni - è un problema di cui questo Governo si è occupato dall'inizio del suo insediamento. Ricordo che è stato il ministro della Salute Schillaci a mandare i Nas nelle strutture sanitarie, riscontrando delle irregolarità che erano incredibili, come il fatto che nello stesso ospedale ci fossero medici gettonisti che percepivano anche 3 volte più degli altri. È



ovviamente un fenomeno odioso, sul quale siamo intervenuti con il decreto legge 34 del 2023, poi convertito, con il quale puntiamo progressivamente ad azzerare questo problema, riconoscendo maggiori indennità, prestazioni aggiuntive, benefici pensionistici ai lavoratori del comparto e a chi lavora nel pronto soccorso».

Meloni ha rivendicato che il Governo ha portato «il Fondo sanitario ai massimi storici, anni del Covid compresi, concentrando le risorse destinate al rinnovo dei contratti pubblici proprio sul contratto dei sanitari, impegno per il quale abbiamo investito 2,4 miliardi di euro, con l'obiettivo prioritario, di abbattere le liste di attesa, ma anche di consentire a chi lavora nella sanità di lavorare in condizioni dignitose e di vedere riconosciuto il valore del suo impegno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

24 gen
2024

DAL GOVERNO

S
24

Riforma Anziani, Meloni annuncia il decreto attuativo in Consiglio dei ministri e spiega la nuova "prestazione universale"

«Annuncio che il decreto legislativo in attuazione della delega in materia di politiche in favore delle persone anziane «arriverà domani in Consiglio dei Ministri per l'approvazione. Il decreto stanziava complessivamente oltre un miliardo di euro per i primi due anni». Lo ha detto la premier Giorgia Meloni, in un passaggio del question time in Aula alla Camera. Si tratta di «risorse che servono a garantire all'anziano una vita serena, attiva e dignitosa, nello specifico garantendo, dove è possibile, il diritto di continuare a vivere e a curarsi nella propria casa, semplificando e rafforzando l'accesso ai servizi ma anche le procedure di valutazione della persona non autosufficiente, introducendo, in via sperimentale e a scelta del cittadino, una prestazione universale graduata in base al bisogno per gli anziani non autosufficienti più gravi, più anziani e in maggiori difficoltà economiche che consiste nell'aumento di circa il 200 per cento dell'importo dell'assegno di accompagnamento e progetti di coabitazione per gli anziani soli, perché possano avere una casa propria senza per questo dover rinunciare a socializzare o ad avere i servizi necessari». «L'annuncio del Presidente del Consiglio Meloni sull'arrivo nel Consiglio dei ministri di domani del decreto legislativo attuativo del Patto per la Terza Età è un'ottima notizia per i cittadini. È un provvedimento estremamente



innovativo che punta a costruire un nuovo modello di welfare e che permetterà di dare risposte concrete ai bisogni dei nostri oltre 14 milioni di anziani, di cui 3,8 non autosufficienti», dichiara la viceministra del Lavoro e delle Politiche sociali Maria Teresa Bellucci (Fdi) cui in questi mesi ha fatto capo il lavoro sul Dlgs. «Il Governo Meloni - prosegue - ha scelto di stanziare oltre un miliardo per i primi due anni e avvia la sperimentazione di una prestazione universale, a scelta del cittadino e graduata in base al bisogno, che consentirà di aumentare di oltre il 200% l'assegno di accompagnamento a una prima platea di più anziani, più gravi e più poveri. È una riforma di cui andiamo orgogliosi, che l'Italia aspettava da oltre 20 anni e che segna un'altra tappa nel percorso di questo Governo per essere al fianco dei nostri anziani, delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie. È un cammino che non si fermerà e che proseguirà in tutta la legislatura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 gen
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Contratto dei medici: i punti strategici del rinnovo, i cambiamenti in corsa del Mef e le criticità

di Stefano Simonetti

L'attesa è dunque finita e martedì 23 gennaio alle ore 11 è stato firmato in via definitiva il rinnovo del CCNL dell'Area Sanità. Sono passati 116 giorni dalla sigla della Preintesa del 28 settembre 2023 e il tempo trascorso per la integrazione dell'efficacia è tutto sommato in linea con il passato, visto che il contratto precedente venne firmato il 19.12.2019, a 147 giorni dalla ipotesi di contratto del luglio, ma c'era di mezzo il periodo estivo. Qualcuno ha

detto che ieri si è chiusa ufficialmente la stagione dei rinnovi contrattuali 2019/2021, ma non è così, perché mancano ancora alcune sottoscrizioni: il CCNL dell'Area delle Funzioni locali (con i quasi 5.000 dirigenti PTA), la cui Preintesa è stata siglata l'11 dicembre scorso, il CCNL dell'Area dell'Istruzione e ricerca, il CCNL del personale della Presidenza del Consiglio nonché – per ciò che concerne la Sanità - la chiusura del CCNL relativo alla Sezione del personale del ruolo della Ricerca Sanitaria del comparto Sanità, siglato nell'ormai lontano 19 luglio 2023.

I destinatari del rinnovo sono circa 135.000, per la precisione 134.636 sebbene tale numero si riferisca al dato del 31.12.2018 ricavato dal Conto annuale ed è sicuramente cambiato. Si tratta di tutti i dirigenti del ruolo sanitario, cioè medici, veterinari, biologi, chimici, fisici, farmacisti, psicologi



e dirigenti delle professioni. Gli effetti della stipula del 23 gennaio per i dirigenti sanitari si vedranno immediatamente nella busta paga di febbraio per ciò che attiene agli istituti a contenuto economico e normativo con carattere vincolato ed automatico che devono essere applicati dalle Aziende e Enti entro il 22 febbraio prossimo, come impone l'art. 2, comma 3; credibilmente si tratta dell'aggiornamento dei valori tabellari, del contestuale aggiornamento dell'indennità di esclusività, di quelle di specificità medico-veterinaria, di direzione di struttura complessa, di polizia giudiziaria, delle nuove indennità di specificità sanitaria e di rischio manipolazione materiali nonché, infine, della una tantum. Non sono invece vincolati ai 30 giorni e necessitano di elaborazioni e passaggi vari l'aggiornamento dei fondi e dei relativi minimi, tutte le indennità legate alle condizioni di lavoro e la nuova indennità di pronto soccorso. Nel calcolo degli arretrati dovuti dovrà essere conguagliata l'anticipazione erogata dall'aprile 2019, quella che una volta si chiamava indennità di vacanza contrattuale. Non sparisce invece la "seconda" anticipazione perché concerne il triennio 2022-2024; anzi tutti i dirigenti dovranno percepire – quando, peraltro, non si sa – quel benefit previsto dal comma 28 della legge 213/2023 battezzato "supertredicesima", termine che ormai non ha più senso dato che sembra che solo due Regioni l'abbiano pagato a dicembre 2023. Stiamo parlando della anticipazione percepita fin dal 1° luglio 2022, pari allo 0,5 % dello stipendio tabellare che, ai sensi della norma richiamata, deve essere moltiplicata per 6,7: in pratica € 1.516,41 annui. Tuttavia, non è così semplice la questione perché il valore sopra indicato fa riferimento ad uno stipendio tabellare di € 45.260,77 che oggi è stato sostituito da quello di 47.015,77, sancito dall'art. 61, comma 3, del CCNL appena firmato. Il testo che le nove sigle sindacali maggiormente rappresentative si sono trovate sul tavolo per la firma – che hanno apposto tutte più otto Confederazioni - è sostanzialmente quello della Preintesa del 28 settembre che ha ricevuto la prescritta autorizzazione da parte del Comitato di Settore fin dal 24 ottobre, alla quale è seguito il parere favorevole del Consiglio dei Ministri rilasciato nella seduta del 19 dicembre e, infine, il referto della Corte dei Conti il 16 gennaio. Quest'ultimo, secondo il comunicato ufficiale, prevede la "positiva certificazione pur con le osservazioni contenute nel rapporto allegato alla deliberazione, in corso di stesura". Le deliberazioni adottate dalle sezioni riunite in sede di controllo vengono pubblicate dopo qualche giorno, per cui non è ancora possibile sapere oggi quali siano tali osservazioni. Sono invece note le modifiche e integrazioni fatte sul testo definitivo rispetto a quello di quattro mesi fa. Infatti, l'Agenzia negoziale ha apportato 28 punti di errata corrige, dovuti in parte a banali errori materiali e altri motivati da rilievi e richieste avanzati dal MEF in sede di parere. Confrontando i due testi, è piuttosto agevole individuare quali sono i meri refusi e quali le imposizioni del Governo (plausibilmente le modifiche agli

artt. 22, 25, 56, 78, 86 e 89). Nella maggior parte delle modifiche si tratta di eccessi di pignoleria mentre particolarmente significative appaiono le manipolazioni – perché tali sono – come la cancellazione del comma 3 dell’art. 86 relativo alle attività extra degli specializzandi e, soprattutto, nell’art. 78 l’aver ribadito che l’esposizione al rischio radiologico deve essere “in modo permanente”. In quest’ultimo caso le parti negoziali avevano evidentemente ritenuto improprio l’aggettivo “permanente”, visto che quando un dirigente è in ferie o in malattia l’esposizione non avviene e, in ogni caso, le condizioni sono accertate sotto la propria esclusiva responsabilità dall’Esperto di radioprotezione, a prescindere dalla semantica del MEF. Anche le dichiarazioni congiunte hanno subito degli aggiustamenti: è stata aggiunta la attuale n. 5 mentre quella precedente con lo stesso numero è stata cancellata (in verità era davvero criptica). I contenuti del contratto collettivo sono ormai noti da mesi, sia nelle parti positive e innovative sia in quelle che potevano sicuramente essere scritte meglio. Brevemente riassumo i punti strategici del rinnovo, già commentati nel dettaglio su questo sito:

- il nuovo regime dell’orario di lavoro che comporterà ben cinque distinte configurazioni normo-economiche del lavoro prestato (commento del 2 ottobre 2023);
- il sistema degli incarichi e delle sostituzioni, nettamente più lineare ed esigibile;
- la disciplina del patrocinio e tutela legale (commento dell’11 ottobre 2023), tematica assolutamente in evoluzione e strettamente connessa a quella della depenalizzazione dell’atto medico;
- pulizia dal testo contrattuale di tutti i “di norma” e di “regola” (commento del 21 novembre 2023).

Rimane, infine, la questione dell’art. 26, concernente i cosiddetti incarichi multiaccesso. La norma è identica a quella della Preintesa ed è davvero singolare che il MEF e la Funzione pubblica abbiano profuso pedante cavillosità ma non hanno trovato nulla di strano in una clausola contrattuale che - senza giri di parole – è illegittima e assurda. Ho già puntualizzato le anomalie dell’art. 26 nell’articolo del 6 ottobre 2023 al quale aggiungo la considerazione che l’unico modo per rendere applicabile questa norma era prevedere una disposizione omologa nel CCNL della dirigenza PTA ma, come è noto, nella Preintesa dell’11 dicembre dell’Area delle Funzioni locali scorso non c’è nulla. Di conseguenza, la assurdità dell’art. 26 risalta ancora maggiormente e questa situazione genererà tensioni, polemiche e sicuro contenzioso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 gen
2024

DAL GOVERNO

S
24

Rapporto Crea: al Ssn servono 15 mld per non aumentare il distacco dall'Ue, personale carente e sottopagato

L'Italia perde ancora terreno nella spesa sanitaria rispetto ai principali partner Ue (quelli 'originari' ante 1995) ed è sempre minore anche il vantaggio rispetto ai partner più recenti (post 1995): il livello della spesa italiana è distante dalla media UE del 32 per cento.



Per portare la quota di PIL destinata alla Sanità sui valori attesi in base alle effettive disponibilità del Paese, ricordando che una parte significativa del PIL non è disponibile perché impegnata per gli interessi sul debito pubblico (sono il 4,3% del PIL contro una media dell'1,8% negli altri paesi), servirebbero 15 miliardi di euro, ma questo lascerebbe un rilevante gap fra la spesa sanitaria italiana e quella dei Paesi europei di confronto; ed anche se in tal modo si eviterebbe di peggiorare ulteriormente il gap con i partner UE nel breve periodo, il vantaggio sarebbe solo transitorio, qualora il PIL dovesse continuare a crescere meno che nella media degli altri Paesi UE.

Una situazione critica quindi, che il C.R.E.A. Sanità, Centro di ricerca riconosciuto da Eurostat, Istat e ministero della Salute, composto da economisti, epidemiologi, ingegneri biomedici, giuristi, statistici, ha illustrato nel suo 19° Rapporto, (curato da Federico Spandonaro, Daniela D'Angela, Barbara Polistena e da ricercatori ed esperti) presentato oggi nella sede del Cnel a Roma.

I focus del Rapporto non si fermano alla spesa, ma analizzano gli aspetti oltre che di quella pubblica anche della privata, il finanziamento, la situazione del personale e del settore sociosanitario, di farmaceutica e dispositivi medici, tariffe per la specialistica, equità del sistema e molto altro. Analizza poi, a livello di singole Regioni, alcuni indicatori presentati nel rapporto, ma soprattutto fornisce un decalogo di “opportunità”, azioni cioè che è urgente programmare per risollevarle le sorti del SSN.

Spesa privata

La spesa sanitaria privata nel 2022 ha raggiunto i € 40,1 mld. in crescita dello 0,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Nell'ultimo anno si registra un incremento di circa il 5,0 per cento. Nel 2022 Trentino-Alto Adige (21,0%) e Lombardia (19,7%) sono le Regioni con la quota più alta di spesa privata intermediata. La Sicilia quella con la quota minore (1,0%). Il 75,9% delle famiglie italiane sostiene spese per consumi sanitari: la quota è aumentata dell'1,7% nell'ultimo anno. Tra le famiglie più abbienti, quelle che ricorrono a spese sanitarie private, superano l'80%; tra quelle meno abbienti non si raggiunge il 60%. In particolare, spendono per la salute le coppie anziane over 75 e le famiglie con tre o più figli. Il 72,7% delle famiglie ha speso per acquistare farmaci, il 37,1% per prestazioni specialistiche e/o ricoveri, il 26,2% per prestazioni diagnostiche, il 23,7% per protesi e ausili, il 21,2% per cure odontoiatriche e il 13,4% per attrezzature sanitarie.

Finanziamento

La Sanità si comporta come un bene di lusso e quindi la sua quota sui consumi delle famiglie aumenta al crescere del reddito disponibile. Sulla base di questa relazione considerando il PIL “netto” (degli interessi), il punto di “neutralità” per la spesa sanitaria si può stimare intorno ai 3.150 euro pro-capite, cioè il +8,2% in più di quella attuale; in termini di incidenza sul PIL, tale livello di spesa risulterebbe pari al 10,0% (contro l'11,5% medio dei Paesi EU originari) e, quindi, assumendo (cosa discutibile) che la spesa sanitaria privata sia una variabile indipendente e rimanga pari ai livelli sul PIL attuali, ovvero che non si riduca al crescere di quella pubblica, la spesa sanitaria pubblica dovrebbe aumentare sino a raggiungere il 7,2% del PIL (nominale). Nel 2023 la spesa pubblica è stata il 6,7% del PIL e le previsioni la danno in discesa nei prossimi anni.

Personale

Tra il 2003 e il 2021 il numero di medici per 1.000 abitanti over 75 è passato da 42,3 a 34,6 (corrispondente a un gap di 54.018 unità) e il numero di infermieri da 61,0 a 52,3 (corrispondente ad un gap di 60.950 unità). I professionisti escono dal sistema soprattutto per andare all'estero o in

pensione mentre le possibilità di ricambio sono condizionate dal numero di posti messi a bando negli Atenei.

Per i medici il Rapporto presenta una survey originale realizzata in collaborazione con la FNOMCeO (la Federazione degli ordini professionali) da cui emerge che la professione ha una forte carica vocazionale, “appesantita” però dalla percezione di lavorare in un contesto non favorevole e che non riconosce adeguatamente la professionalità: oltre il 40% non è soddisfatto della propria situazione professionale. Pesa lo stress legato alla percezione di lavorare in situazioni caratterizzate da carenza di organico: rilevata un po’ da tutti e, in particolare, da chi opera negli ospedali pubblici. La valutazione è comune anche ai professionisti che lavorano in strutture convenzionate accreditate; solo nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali private non convenzionate la carenza di personale sembra essere percepita come un problema meno pressante. E dalla survey risulta che le aspettative dei professionisti vanno verso una richiesta di aumento della retribuzione posizionata nella fascia 20-40 per cento.

Per gli infermieri il Rapporto segnala la mancanza di attrazione della professione: ai test di ingresso per la laurea in infermieristica hanno preso parte 22.957 candidati per 20.059 posti, con un rapporto domande/posti pari a 1,1. Tra le cause, il salario gioca un ruolo importante: gli stipendi dei medici italiani, a parità di potere d’acquisto, pur essendo inferiori a quelli dei colleghi dei Paesi dell’Europa occidentale, sono comunque pari a 2,9 volte il salario medio italiano, mentre per gli infermieri il salario non si discosta da quello medio nazionale. Per far fronte alla situazione la FNOPI (Federazione nazionale degli ordini) pubblica nel Rapporto un contributo in cui sottolinea che si dovranno sviluppare le competenze della professione per una migliore qualità dell’assistenza, con il passaggio da una logica prestazionale alla presa in carico dell’assistito e del più generale “sistema assistenza” con competenze avanzate gestionali e cliniche e il superamento dei tabù ancora associati ai concetti di skill mix e task shifting.

Il Rapporto in questo senso sottolinea anche la carenza dei cosiddetti “assistenti alle cure” (in primis gli OSS) figure che operano sia in contesto residenziale che domiciliare. Si tratta di una figura per l’assistenza alle non auto-sufficienze, tipicamente coordinata dagli infermieri. Anche perché trascorrendo molto tempo al fianco della persona assistita, sono da considerarsi i destinatari principali dei percorsi di alfabetizzazione digitale per incentivare il ricorso a strumenti di cura digitale. Per queste figure l’Italia, a meno di voler assimilare agli OSS l’esercito di badanti (non professionali) che hanno attualmente in carico gli anziani italiani fragili, è mal posizionata in Europa con 86,4 assistenti per 1.000 abitanti over 75, contro 114,6 della Spagna, 175,8 della Francia e 211,1 del Regno Unito.

Sociosanitario

Nel 2022, a fronte di 14,5 miliardi di indennità di accompagnamento erogate, il 69,0% (10,0 miliardi) è stato impiegato per “acquistare” servizi o da soggetti che svolgono la professione della badante o da strutture dedicate alla cura e al trattamento di soggetti non autosufficienti. Il restante 31,0% (4,5 miliardi) va a costituire una sorta di “compenso” per l’attività svolta dai cosiddetti caregiver informali, che per lo più si identificano con la figura di un familiare. La stima apre una serie di interrogativi sulla efficacia/efficienza dell’istituto delle indennità di accompagnamento: sarebbe infatti auspicabile che venisse condotta una analisi della efficacia e efficienza relativa dell’assistenza informale rispetto a quella “formale” così come è oggi (ovvero in mano a badanti non professionalizzate), e anche confrontata l’efficacia/efficienza delle attuali modalità di protezione, basate sull’erogazione di indennità monetarie, verso l’alternativa di una erogazione di servizi in natura coordinati con gli altri servizi sanitari.

Farmaceutica e Dispositivi Medici

Malgrado la Legge di Bilancio 2021 avesse previsto un progressivo incremento del tetto per gli acquisti diretti di farmaci (all’8,00% nel 2022, all’8,15% nel 2023 e all’8,30% nel 2024, incrementando il tetto complessivo, dal 14,85% del 2021 al 15,5% del 2024), nessuna Regione rispetta il tetto per acquisti diretti: solo Valle d’Aosta e Lombardia si avvicinano al risultato; Sardegna, Umbria e Abruzzo registrano il maggiore sforamento (oltre 65 euro pro-capite). Al contrario, la spesa farmaceutica convenzionata si è attestata al 6,43% del FSN, quindi al di sotto del target previsto del 7 per cento. Ipotizzando per il 2023 lo stesso incremento di spesa registrato nel 2021-2022 (+8,2%), si determinerebbe uno sforamento di circa 3,2 miliardi. Anche per il prossimo anno, nonostante la Legge di Bilancio 2024 abbia incrementato il tetto degli acquisti diretti all’8,5% (inclusi i gas medicinali), con un incremento del finanziamento di ulteriori 3 miliardi e una (improbabile) costanza della spesa, permarrebbe uno sforamento di 2,5 miliardi, che potrebbe raggiungere anche i 3,6 miliardi se la spesa si incrementasse come nell’ultimo anno.

Le misure di governance prese non sembrano, quindi, siano state sufficienti a riportare lo sforamento (e quindi il conseguente payback a carico delle aziende farmaceutiche) a valori “fisiologici”.

Per i dispositivi medici, nel triennio 2019-2022, al lordo delle spese per quelli dedicati alla pandemia, lo sforamento del tetto è stato di 7,3 miliardi. La determinazione ufficiale del payback, e quindi della quota di ripiano a carico delle aziende fornitrici, verranno determinati al netto della spesa per il Covid-19.

C.R.E.A. Sanità sottolinea che, con le carenze degli attuali flussi informativi, che riescono a rilevare meno del 80% della reale spesa per dispositivi e non considerano la spesa per quelli utilizzati nelle strutture accreditate, le stime dello sfioramento del tetto prese a base del calcolo del payback presentano limiti oggettivi e generano distorsioni sovrastimando le performance delle Regioni che di più ricorrono all'attività delle strutture private accreditate: risulta quindi urgente il completamento del processo di messa a regime dei flussi di monitoraggio del settore.

Tariffe per la specialistica

Per effettuare una valutazione, per quanto indiretta, della congruità delle nuove tariffe, C.R.E.A. Sanità ha elaborato confronti con le tariffe adottate in altri Paesi, per alcune prestazioni "comuni".

Ad esempio, per l'elettrocardiogramma l'Italia ha una tariffa di 11,6 euro, inferiore del 22,9% rispetto alla Francia (14,3 euro), del 29,3% rispetto alla Spagna (15 euro), del 96,1% se si considera la Germania (22,8 euro) e di oltre il 140,0% rispetto al Regno Unito (32,1 euro). Al contrario, in Italia, la tomografia computerizzata dell'addome completo senza contrasto è associata a una tariffa di 158 euro, mentre in Germania la medesima prestazione è erogata ad una tariffa di 83,2 euro (-19,7%), mentre nel Regno Unito è valorizzata con una tariffa pari a € 76,0. Significativa rimane la differenza di valore delle tariffe per quanto concerne le visite specialistiche. In Italia, una prima visita ha una tariffa di 22,0 euro indipendentemente dalla branca di appartenenza dello specialista, in Spagna la tariffa è di 115,0 euro, oltre 5 volte la tariffa italiana. Nel Regno Unito il valore della visita dipende dalla tipologia di specialista e va da 136 euro a 382.

Per la visita di controllo, in Italia la tariffa è di 16,2 euro, oltre 4 volte inferiore rispetto alla valorizzazione adottata ad esempio in Spagna (71 euro). Nel Regno Unito si va da 58 a 157 euro.

Emerge quindi – è la considerazione del Rapporto - una tendenza delle tariffe italiane alla sottostima dei costi realmente associati alle prestazioni cliniche degli specialisti e, una sovrastima dei costi associati ad alcune diagnostiche di alta complessità.

Equità

Il "disagio economico" delle famiglie dovuto a consumi sanitari (somma del fenomeno dell'impoverimento dovuto alle spese sanitarie e delle "rinunce" a curarsi per motivi economici), nel 2021 affligge il 6,1% dei nuclei (1,58 milioni di famiglie): il fenomeno è in crescita di +0,9 punti percentuali rispetto al 2020 e di +1,5 rispetto al 2019. L'incidenza è superiore (e in crescita di 0,1%) nel Sud (8,2%, +0,1 p.p.); segue il Nord-Ovest con il 5,9% delle famiglie (+2,0 p.p.), il Centro (5,0%, +1,0 p.p.) e il Nord-Est con il 4,0% (+0,2 p.p.). I casi di

disagio economico sono più frequenti (18,1%) tra le famiglie del 20% più “povero” della popolazione e meno in quelle più ricche (1,6%).

Definendo “catastrofiche” le spese sanitarie che superano il 40% della “Capacity To Pay” delle famiglie (a sua volta pari ai consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza), si registra un aumento dei casi, che interessano il 2,8% delle famiglie residenti (731.489 nuclei), dato in aumento di +0,4 p.p. rispetto al 2019. Il Mezzogiorno continua a essere il più colpito: 4,7% delle famiglie, in aumento del +1,0 p.p. nell’ultimo anno; segue il Nord-Est con 2,4% (+0,5 p.p.), il Nord-Ovest con l’1,9% (+0,1 p.p.) e il Centro con l’1,5% (-0,2 p.p.).

I casi sono più frequenti nei nuclei meno abbienti (13,5%), mentre si fermano all’1,8% in quelli più abbienti.

Le famiglie più esposte al rischio di spese “catastrofiche” sono quelle degli anziani over 75 (soli o in coppia) e le coppie con tre o più figli minorenni: queste ultime, in particolare, a causa delle cure odontoiatriche.

Proposte per un adeguamento del SSN alle nuove esigenze della società

Il SSN deve superare un approccio concentrato sulla mera organizzazione dell’offerta clinica, mirando piuttosto a ripensarla in termini di integrazione con la presa in carico dei bisogni sociali e, più in generale, di adeguamento alla trasformazione dei bisogni, delle aspettative e dei comportamenti di consumo legate all’evoluzione tecnologica. sarebbe opportuno che venisse prodotto un documento di indirizzo strategico finalizzato a ridefinire prospetticamente i bisogni della popolazione e a riconciliarli con le capacità di risposta del SSN.

Potenziare i processi di comunicazione e collaborazione all’interno del SSN a partire dalla prevenzione, attraverso una rivoluzione culturale, capace di generare una convinta adesione della popolazione sulla opportunità di adottare stili di vita “salutari”: Dove non si possano evitare interventi clinici, è necessario snellire i processi di presa in carico: lo sdoppiamento (territorio e ospedale) dei luoghi di erogazione, rischia di generare una duplicazione di interventi. È necessaria una presa in carico multidisciplinare, sviluppando livelli di integrazione fra professionisti.

Per la cronicità una vision che guardi al futuro del SSN deve iniziare a occuparsi dei “futuri cronici” (non solo anziani), ripensando le modalità della medicina di iniziativa, adattandola ai bisogni e ai comportamenti dei “millennials”: una popolazione nativa digitale, che comunica quasi solo attraverso gli strumenti digitali, che compra praticamente tutto a distanza, valuta i servizi mediante le informazioni in rete, etc., più disposta verso alcune innovazioni quali l’Intelligenza Artificiale, ma forse anche meno critica nella analisi delle evidenze scientifiche.

Evitare l'aumento dell'iniquità, con la crescita dei casi di disagio economico (impoverimento e rinuncia alle cure) per la crescita dei consumi sanitari delle famiglie meno abbienti. Tra le cause la totale non integrazione del "circuito" privato con quello pubblico, alimentata anche dal pregiudizio che il privato è anche non etico perché risponde a esigenze di massimizzazione del profitto; tesi che si scontra con la natura dei mercati sanitari europei, dove anche la massimizzazione del profitto è perimetrata dalle regolamentazioni pubbliche.

Evitare le distorsioni che possono crearsi con barriere all'entrata: la logica dell'accreditamento è stata aggirata con gli accordi contrattuali, e le entrate e uscite delle aziende dai mercati accreditati sono nulle, confermando che la regolamentazione genera barriere da rimuovere.

Appare distorsivo il mantenimento di categorie che non trovano riscontro in "natura", come la forzata distinzione fra "prestazioni integrative" e "sostitutive", spesso utilizzata per stigmatizzare la crescita dei Fondi Sanitari; va ricordato che le prestazioni "integrative" per essere tali si vorrebbero escluse dai LEA. Ma la possibilità di avere la prestazione in tempi percepiti come ragionevoli e nel luogo prescelto, sono elementi sufficienti per definire una "integrazione" del servizio pubblico: non riconoscerla appare un negare la realtà. Se non si vogliono forme di sussidiarietà, si dovrebbe spingere per aumentare la risposta pubblica, e non cercare di limitarne le alternative.

Se la detraibilità delle spese sanitarie può essere sulla carta considerata iniqua, nella misura in cui premia i maggiori consumi, ragionevolmente attribuibili alle famiglie più abbienti, gli sgravi legati ai premi versati a Fondi collettivi, essendo oggi appannaggio fondamentale del ceto medio e di larga parte del lavoro dipendente, appaiono tutt'altro che iniqui; anzi, si possono ritenere una (parziale) compensazione del fatto che si tratta delle uniche fasce della popolazione a cui è, di fatto, impedito evadere. Andrebbe recuperato nelle azioni di governo il tema del rapporto fra SSN e fisco: è un tema che rimane centrale, nella misura in cui i sistemi di welfare universalistico richiedono sistemi fiscali efficienti, in assenza dei quali si generano inaccettabili sperequazioni.

Rivedere i criteri di Riparto del fondo sanitario, da alcuni anni sostanzialmente "congelati", a parte il recente intervento per inserire dal 2023 il parametro della "deprivazione", una modifica che ha spostato relativamente poco l'allocazione delle risorse. L'equità del criterio di riparto è messa in discussione dall'incidenza della spesa privata per prestazioni e da una quota di entrate regionali (le "entrate cristallizzate"), che vale il 5,3% delle altre entrate proprie regionali, di cui una parte sono compartecipazioni. È una situazione non equa: nessuna Regione riesce a

erogare i Lea con i soli fondi FSN e le entrate proprie, trasformate in imposte per il finanziamento della Sanità, garantiscono un gettito regionale difforme, anche in ragione delle diverse incidenze di residenti esenti.

Rivedere le regole che caratterizzano l'operatività delle aziende pubbliche, un aspetto che richiede un confronto e la formulazione di proposte operative: gli approvvigionamenti e la gestione delle risorse umane sono le aree strategiche che richiedono un più radicale adeguamento delle "regole": da una parte per contenere i rischi di "amministrazione difensiva", e dall'altra per evitare di trovarsi nell'impossibilità di poter reclutare il personale necessario per le posizioni "scoperte". È ineludibile mettere in discussione anche il tema della natura delle Aziende Sanitarie pubbliche, eventualmente ripensandola in una logica di efficientamento operativo.

Le risorse umane sono l'aspetto più critico per il SSN; per quanto concerne i medici, più di numero è un tema di incentivi per la copertura delle posizioni meno appetite e non è più procrastinabile l'adeguamento delle retribuzioni; per gli infermieri. Le retribuzioni sono in cima all'agenda, insieme a un serio problema di carenza. Poco o nulla è noto della consistenza dell'offerta di assistenti alle cure (in primis gli OSS) che si occupano dell'assistenza ai non autosufficienti. Vanno definiti i fabbisogni ed è urgente che si ridiscutano i criteri con cui si valutano, anche considerando il mutato quadro in cui è presente maggiore autonomia degli infermieri, rispetto ai quali ha senso declinare il fabbisogno di OSS/Assistenti per programmare le risorse per far fronte alle prese in carico domiciliari.

Sarebbe necessario che le decisioni sulla adozione delle tecnologie fossero prese in base a trasparenti e razionali criteri di valutazione, secondo il dettato dell'HTA. L'HTA è un assessment a supporto di una decisione che rimane politica, e che deve basarsi su una declinazione finale del "valore" delle tecnologie: quest'ultima dimensione è però sinora rimasta in secondo piano perché il SSN ha garantito la quasi totalità delle tecnologie sanitarie; tuttavia, la crescente scarsità di risorse rischia di far divenire il tema "sensibile" in quanto occorrerà adottare una logica di prioritizzazione legata al valore sociale, la cui valutazione richiede una decisione politica, che comporta il coinvolgimento di tutti gli stakeholder del sistema sanitario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

24 gen
2024

DAL GOVERNO

S
24

Previdenza: l'allarme Ocse sull'Italia rilancia il tema del "debito pensionistico implicito"

di *Claudio Testuzza*

Secondo quanto comunicato dalla Banca d'Italia, alla fine di novembre il debito pubblico era sceso a circa 2.855 miliardi di euro rispetto ai circa 2.868 miliardi di inizio mese. Il calo mensile è stato di quasi 13 miliardi di euro. Però rispetto al dato dello stesso mese dello scorso anno (2.760 miliardi di euro) il debito pubblico è cresciuto di oltre 95 miliardi. Il debito pubblico è quindi purtroppo molto elevato e da molto tempo. Tanto da fare affermare dall'Ocse che, senza correzioni, potrebbe crescere sino al 180 % del Pil nel 2040. Quello che preoccupa non è, infatti, tanto il valore assoluto ma la sua relazione rispetto al reddito nazionale che determina il rapporto in percentuale del Pil. Il debito pubblico dell'Italia in rapporto al PIL a chiusura del 2023 è stato stimato al 139,8%. La regione italiana con maggior debito pubblico lordo è il Lazio (28,3 miliardi di euro) seguita dalla Campania (15,6). Le meno indebitate sono Valle d'Aosta, Molise e Basilicata (debito inferiore a 1 miliardo). Spiccano inoltre le azioni di risanamento dei conti pubblici operate da FVG, Emilia-Romagna e Sardegna. C'è però un altro tipo di debito che, allo stato attuale, preoccupa ancora di più. Quello che viene definito debito pensionistico implicito. La definizione di debito pensionistico implicito è quella di valore attuale delle promesse pensionistiche future, al netto dei contributi pensionistici futuri, implicito



nella legislazione corrente.

Sono evidenti le analogie tra il concetto di debito pensionistico e quello di debito pubblico. In entrambi i casi, infatti, si tratta di una promessa di pagare, in futuro, una somma garantita dallo Stato. Il concetto di debito pensionistico dovrebbe rientrare, quindi, a pieno titolo nelle discussioni relative alla politica economica e alla sostenibilità del debito statale. La rilevanza è sostenuta anche dalle autorità europee, che hanno deciso di considerare questa variabile all'interno di una più generale valutazione sulla sostenibilità dei bilanci pubblici nazionali. Va comunque detto che le promesse monetarie verso i futuri pensionati potrebbero essere considerate, in senso stretto, una forma di debito non certo. In quanto i governi, in un futuro più o meno ampio potrebbero rivedere quanto spendere per le prestazioni e quindi modificare il patto implicito fra le generazioni.

L'Italia vanta un debito pensionistico implicito elevato rispetto ad altri paesi, nonostante la riforma che ha introdotto il sistema contributivo a metà degli anni '90, meglio definita dalla riforma "Fornero" del 2011. E le riforme pensionistiche sono ovviamente un modo per poter effettuare una riduzione dei benefici e della spesa.

Più che un problema di sostenibilità il nostro paese ha un problema di equità intergenerazionale e il debito pensionistico serve proprio a mettere in guardia contro interventi che, pur avendo costi limitati nell'immediato, possono nel tempo far aumentare fortemente gli oneri che gravano sulle future generazioni.

L'esempio tipico è quello delle baby pensioni, che hanno comportato costi contenuti nell'immediato per il bilancio pubblico, ma un impatto significativo sul debito implicito. Per anni sono state pagate decine di miliardi per prestazioni erogate a partire da contributi versati anche solo per 14 anni 6 mesi e un giorno! A tutt'oggi paghiamo circa 7 miliardi di euro, vale a dire circa mezzo punto di Pil, per prestazioni pensionistiche erogate con decorrenza al di sotto dei 50 anni di età.

Quando le baby pensioni vennero introdotte il loro costo fu molto contenuto, ma ci hanno, poi, lasciato questa eredità.

Il senso etico e la disponibilità alla solidarietà generazionale possono e devono comunque variare tra le diverse generazioni e non possono essere considerate immutabili. Così come appare necessario considerare il profondo legame fra lavoro e pensioni. Se cambia il primo devono cambiare anche le seconde. Non si può agire solamente sull'età, ma comprendere la base potenziale di finanziamento del sistema pensionistico. Il principio sostenuto alcuni anni addietro di "Non per cassa, ma per equità", secondo cui chi va in pensione prima riceve una pensione più bassa, risponde a criteri di equità attuariale. Permette, infatti, di coniugare maggiore libertà di scelta su quando andare in pensione con il fatto di non fare aumentare il debito implicito.

Il futuro previdenziale è quindi un grosso problema. Una vera e propria spada di Damocle che pende sulla testa dei nostri figli e delle future generazioni. Ma di cui tutti sembrano ignorare le ricadute E non solo perché il debito implicito previdenziale, fino ad oggi, è un dato pressoché sconosciuto ai documenti di programmazione economica-finanziaria. Ma soprattutto perché, malgrado il periodo delle vacche grasse sia passato da un pezzo, la previdenza in Italia continua ad essere gestita allegramente e senza molta razionalità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 gen
2024

EUROPA E MONDO

S
24

Sentenza Corte Ue su monetizzazione ferie, Di Silverio: a medici e dirigenti sanitari spettano 4 miliardi

La Corte di Giustizia Europea ha stabilito che le ferie annuali retribuite sono un diritto fondamentale del lavoratore del settore pubblico e non possono essere negate o limitate in caso di cessazione del rapporto di lavoro, anche in caso di dimissioni.

«Questa importantissima sentenza – commenta Pierino Di Silverio, segretario nazionale Anaa Assomed – sancisce un principio fondamentale valido anche per i dirigenti medici e sanitari del servizio sanitario nazionale, e che l'associazione rivendica da tempo. Avevamo infatti già denunciato, con lo studio del 2021, una situazione insostenibile per la salute e il benessere dei professionisti, i quali per assicurare la continuità dei servizi nonostante la cronica carenza di personale, si sono trovati un credito di oltre 5 milioni di giornate di ferie accumulate negli anni e non godute e più di 10 milioni di ore di lavoro straordinario prestate».

L'Anaa Assomed ha calcolato che i dirigenti medici e sanitari hanno accumulato in media 40 giorni di ferie non fruite, per un valore di circa 4 miliardi di euro.

«Non solo - prosegue Di Silverio - . L'indagine Anaa aveva attestato che la gestione delle ferie è abbastanza complicata soprattutto nelle discipline chirurgiche e nell'area dei servizi in cui 15.2% degli intervistati aveva



dichiarato di non usufruire dei 15 giorni di ferie continuative, il 45.5% di usufruirne incluse le giornate festive, il 39.3% di usufruirne escluse le giornate festive. I risultati della ricerca confermano le criticità dell'organizzazione del lavoro all'interno delle Aziende sanitarie legate prevalentemente alla carenza di organico e a ragioni economiche. Il verdetto della Corte di Giustizia Europea legittima la battaglia di Anaaio affermando, non solo il diritto dei lavoratori a godere di ferie annuali retribuite, ma anche la possibilità di ricevere un'indennità economica in sostituzione, la quale non può essere subordinata a ragioni esclusivamente economiche, come il risparmio di spesa pubblica e di esigenze organizzative del datore di lavoro pubblico.

«La sentenza della Corte Europea – conclude Di Silverio – si configura come uno strumento, che insieme al nuovo Ccnl appena firmato stabiliscono regole più chiare e i confini dell'organizzazione del lavoro, per sostenere i lavoratori del settore pubblico. Anche se non è assolutamente sufficiente». L'impegno di Anaaio Assomed - comunica il sindacato - continua con le richieste inderogabili per salvare la professione:

- introduzione dello scudo penale in attesa di riforma urgente della legge Gelli-Bianco
- aumento delle risorse extracontrattuali per adeguare gli stipendi al tasso inflattivo
- contrattualizzazione dei medici in formazione e adeguamento economico per assicurare agli stessi formazione di qualità e condizioni di lavoro dignitose
- introduzione della retribuzione per le scuole di specializzazione di area sanitaria per ripristinare la legge e una ingiustizia professionale
- riforma del dglr 502/92 per rendere la professione più appetibile
- revisione legge sulle aggressioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE

Record di trapianti e di pazienti in lista

Sono stati oltre 4mila gli interventi di trapianto di organi, tessuti e cellule eseguiti nel 2023 in Italia: un record. Il ministro della Salute, Orazio Schillaci: in Europa siamo secondi solo alla Spagna. Ma ci sono ancora 8mila pazienti in lista d'attesa.

a pagina 10

Badaracchi

Boom di trapianti: oltre 4mila interventi Ma è ancora ampio il gap tra Nord e Sud

LAURA BADARACCHI

Numeri da record in Italia per donazioni e trapianti di organi, tessuti e cellule, con il trend di crescita più alto finora registrato nel nostro Paese: nel 2023 sono stati effettuati 2.042 prelievi di organi (+11,6%) e 4.462 interventi, 586 in più rispetto al 2022, pari a un incremento del 15,1% rispetto all'anno precedente, con un eccezionale +46% dei trapianti di cuore. Sono alcune delle cifre elaborate dal Centro nazionale trapianti e presentate ieri dal direttore generale Massimo Cardillo insieme al ministro della Salute Orazio Schillaci, in apertura degli Stati generali della Rete trapianti, in programma a Roma fino a venerdì, con la partecipazione di oltre 400 operatori. «Un'occasione per riflettere sullo stato e sulle prospettive del sistema trapiantologico in Italia, che è un'eccellenza. Il trend positivo degli ultimi anni è confermato dai dati più recenti», ha commentato Schillaci, riferendo che «il tasso nazionale di donazione è 28,2 sul milione di

persone: in campo europeo, l'Italia ha superato la Francia ed è seconda soltanto alla Spagna». Tuttavia, persistono «differenze regionali fra Nord e Sud»: l'Emilia Romagna si attesta a 51,1 donatori per milione di persone (+4,7), il Veneto a 46,4 (+10,1), la Toscana a 45,6, mentre restano indietro le regioni meridionali, tranne la Sardegna. Inoltre «i tassi di opposizione al prelievo di organi e tessuti sono rimasti invariati: il fabbisogno è ancora non del tutto soddisfatto», ha osservato il ministro. Nelle rianimazioni la percentuale di chi rifiuta la donazione è leggermente salita (30,5%, +0,7%) soprattutto per la sempre maggiore incidenza di chi ha già registrato il proprio no in vita: nel 2023, in occasione dei rinnovi delle carte d'identità elettroniche, sono stati raccolti 2,4 milioni di consensi (68,5%) ma anche 1,1 milioni di rifiuti (31,5%). Considerando l'attuale presenza nel Sistema informativo trapianti di oltre 18 milioni di dichiarazioni registrate, è prevedibile che a breve la maggior parte delle donazioni segnalate nelle rianimazioni avranno alle spalle un consenso e un'opposizione già raccolti e quindi non più ottenibili dai sanitari.

Intanto, circa 8 mila pazienti restano in lista d'attesa. Fra gli impegni «per far diventare sempre più efficiente e sicura la rete trapiantologica e far crescere la donazione», Schillaci ha annunciato entro l'anno «l'attivazione del portale digitale della Cie, che permetterà ai cittadini di registrare la propria dichiarazione senza recarsi negli uffici anagrafe del proprio Comune. Promuovere la cultura della donazione è un obiettivo prioritario», ha concluso. Informazioni e dettagli su www.sceglididonare.it. Un altro aspetto positivo, evidenziato dal direttore generale del Cnt, è «l'aumento del 15,8% delle segnalazioni - 3.082 rispetto alle 2.661 dell'anno precedente - dei potenziali donatori da parte delle terapie intensive degli ospedali. Questo lavoro è stato sostenuto anche da un significativo aumento dell'attività nazionale di formazione dei professionisti della Rete: tra i corsi in presenza quasi raddoppiati e la



formazione a distanza, lo scorso anno sono stati coinvolti 14 mila operatori». Un aspetto, questo, ribadito da Rocco Bellantone, presidente dell'Istituto superiore di sanità.

Inoltre, grazie alle tecnologie di perfusione, si riescono a utilizzare anche organi danneggiati da ischemia, «settore che sta vivendo un importante sviluppo. Ma deve migliorare la cultura della

donazione da vivente, di rene o di una porzione di fegato, praticata con tecniche mini invasive per il donatore», ha osservato Cardillo. In questo ambito non ci sono stati incrementi rispetto al 2022.

Quindi occorre sensibilizzare la popolazione, «a partire dai bambini e dagli studenti», ha auspicato Bellantone.

SALUTE

Un trapianto di cuore eseguito nell'Azienda ospedaliera di Padova/Ansa

Il 2023 è stato l'anno record: ben 2.042 i prelievi di organi e un eccezionale +46% di cuori "nuovi". Schillaci: in Europa siamo secondi soltanto alla Spagna. Ma ci sono ancora 8mila pazienti che restano in lista di attesa



LA LEGA OSPITA L'INCONTRO MA POI SI SFILA

Di aborto non si può discutere: bufera sul convegno a Montecitorio

La legge 194 torna a essere oggetto di feroci polemiche. Un convegno alla Camera, alcune tesi "forti" e dall'opposizione si scatena una bagarre politica su un presunto "diritto all'aborto" che alcune forze politiche di maggioranza vorrebbero mettere in discussione se non cancellare. I fatti, prima di tutto.

Il convegno a Montecitorio. Martedì mattina a Montecitorio due ricercatori presentano la prima pubblicazione del Centro studi Machiavelli, dal titolo "Biopoetica, breve critica filosofica all'aborto e all'eutanasia". La sala è prenotata dal deputato Simone Billi, leghista eletto nella circoscrizione estera. Billi afferma di non essere presente: vive in Svizzera ma è originario di Firenze e conosce il Centro studi Machiavelli, il *think tank* che dà "idee all'Italia sovrana", si legge nel sito, e «promuove la conservazione dei valori tradizionali unita a proposte innovative e coraggiose». Nel corso della presentazione dello studio, curato da Maria Alessandra Varone e Marco Malaguti, i due relatori chiedono, tra le altre cose, che venga "riscritta" la legge 194 in senso "restrittivo". Varone cita il caso dello stupro: «Questo non autorizza (la donna, ndr) a uccidere (il bambino, ndr), perché di questo si tratta e bisogna aver il coraggio di usare le parole consone». Si tratta senza dubbio di un argomento e di un linguaggio "forti". Parlare di una donna che "uccide" in caso di stupro è davvero un linguaggio "consono" e "coraggioso" o, al contrario, semplicemente violento? È vero che un aborto è una vita recisa, e che se la donna violentata abortisce le vittime diventano due, ma è altrettanto vero che nel dramma esiste uno spazio privato in cui non si può entrare se non in punta di piedi.

La verità si può dire in tanti modi, l'unico sbagliato è quello che colpevolizza le donne.

Billi si dissocia: «Non sono le posizioni della Lega». Di fronte alle proteste delle opposizioni, Billi ha chiarito che quelle espresse a Montecitorio non sono le sue posizioni né quelle della Lega, che «da sempre si è battuta per la libertà di espressione delle donne. Personalmente credo nella libertà di scelta e, soprattutto, le donne vittime di violenza non possono essere utilizzate e strumentalizzate».

Le opposizioni insorgono. Scaricato dalla Lega il centro Machiavelli, sono entrate in campo le opposizioni. «Non vi permetteremo di fare dell'Italia un Paese del Medioevo e della barbarie civile e umana. L'aborto è un diritto», ha protestato tra le altre la capogruppo del Pd alla Camera, Chiara Braga.

Ma l'aborto è un diritto? Il tema dell'aborto come diritto assoluto è altrettanto fuorviante. Posto che si tratta sempre della negazione di una vita, è più corretto dire che l'interruzione volontaria di gravidanza è un trattamento sanitario previsto e garantito da una legge dello Stato a determinate condizioni. Non lo dicono solo i cattolici, ma anche le femministe storiche. **(A.Ma.)**

Il centro studi Machiavelli presenta uno studio e auspica la riscrittura in senso restrittivo della legge 194. Le opposizioni insorgono



DIGNITAS CURAE

MANIFESTO PER LA SANITÀ DEL FUTURO

Un modello per curare il malato e non solo la malattia

Immaginare la sanità del futuro è possibile. Ciò che non è possibile è disegnare una nuova offerta sanitaria senza puntare alla persona, ai suoi bisogni, ai suoi valori. A questa prospettiva guarda la Fondazione Dignitas Curae, il cui manifesto viene presentato oggi a Montecitorio. Scopo della Fondazione è agevolare il confronto fra istituzioni, operatori sanitari e pazienti per costruire insieme un nuovo paradigma orientato alla persona che non si limiti alla prestazione sanitaria. Nella pratica clinica, «questo modello – spiega il presidente della Fondazione, Massimo Massetti, responsabile dell'area cardiovascolare e cardiocirurgica del Policlinico Gemelli Irccs di Roma – realizza una cura in continuità per il malato dove le competenze possedute dagli specialisti e dal personale sanitario, insieme alle risorse offerte nei reparti dalle tecnologie, sono organizzate con efficacia ed efficienza per i bisogni dei pazienti. Il modello cambia radicalmente l'approccio alla cura e l'organizzazione dei servizi sanitari sia nel territorio sia negli ospedali». Già oggi, grazie al progetto Cuore, avviato con la Fondazione Roma nell'area del Gemelli diretta da Massetti, viene messa in pratica questa nuova visione della sanità. «I risultati a oggi valutati – conferma il professore – su alcuni

percorsi diagnostici e terapeutici dimostrano che cambiando l'organizzazione si migliora la qualità, perché si riducono tasso di mortalità e di complicanze, e si incrementano appropriatezza delle prestazioni ed efficienza, perché si abbattano tempi d'attesa e costi. Con questo modello curiamo il malato, non soltanto la malattia». Il manifesto, scritto da Massetti e da monsignor Mauro Cozzoli, consultore del Dicastero per la dottrina della fede, vede l'approvazione di papa Francesco (primo firmatario), del presidente della Repubblica e del ministro della Salute, Orazio Schillaci, presente oggi al pari del segretario di Stato, cardinale Pietro Parolin. «Dignitas curae – conclude Cozzoli – ha l'obiettivo di un nuovo umanesimo in medicina, volto a far fronte alla deriva tecnicistica, aziendalistica e neo-liberistica, ri-polarizzando sul malato i percorsi di cura».

Elisabetta Gramolini



SALUTE E RICERCA

SERVIZIO SANITARIO, NIENTE PESSIMISMO

di **Gloria Sacconi Jotti**

Caro direttore, in questi ultimi tempi si parla molto di sanità «malata» e di un Servizio Sanitario Nazionale avviato ormai sulla strada di un progressivo declino. Lo scenario desta qualche preoccupazione. Le cause sono molteplici ed andrebbero valutate attentamente. Ma non si tratta solo di un problema di insufficienti risorse finanziarie, che comunque sono essenziali ed irrinunciabili. Vi è da considerare l'aumento della domanda sanitaria, l'inadeguatezza della formazione, che di fatto non tengono conto dell'evoluzione costante del sapere medico, la transizione in corso da una medicina riduzionistica ad una medicina che si sta conformando al modello «one health».

Se alcune delle cause sono queste bisogna evitare l'inseguimento tra risorse finanziarie e prestazioni sanitarie. Non è infatti assolutamente detto che ad un aumento dei finanziamenti, corrispondano maggiori cure e maggiore qualità delle stesse. In questo dibattito sulla crisi del SSN noto, con riferimento soprattutto al passato, un grande assente: la Ricerca. Vi è una chiara dicotomia: la Ricerca da un lato e tutto quello che ruota attorno al mondo sanitario dall'altro. Sembra non esserci consapevolezza di quanto la Ricerca possa essere un potente strumento per risolvere problemi medici. Paradossalmente la Ricerca, oltre a produrre più salute, può rendere più sostenibili

e ridurre i costi della sanità. Si potrebbero fare molti esempi, a partire dalle malattie trasmissibili. Si può immaginare quali sarebbero stati i costi della sanità senza la Ricerca? Ma la novità di questi ultimi decenni è rappresentata dal fatto che anche le malattie non trasmissibili possono essere prevenute. L'OMS cita spesso studi che dimostrano che in una altissima percentuale di casi queste malattie possono essere contrastate efficacemente applicando corretti stili di vita. Si tratterebbe di promuovere la prevenzione primaria risultata efficace contro queste patologie (malattie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari). Si apre un nuovo capitolo: «la medicina dei sani». Se le cose stanno così, diventa importante, ai fini della sostenibilità del SSN, verificare questo paradigma: prevenzione primaria — riduzione delle malattie — minori costi. L'indicazione per una corretta quantificazione economica potrebbe essere oggetto di studio di un progetto nazionale di ricerca coordinato dal ministero della Salute. Una proposta che mi sentirei di avanzare è quella di valutare l'effetto della prevenzione primaria sulle patologie cronico-degenerative. In alcune ASL si potrebbe cominciare a valutare in una popolazione specifica, per esempio gli obesi, se il corretto comportamento di vita in almeno tre anni è in grado di ridurre gli indici di obesità e se questo comporta una diminuzione dei ricoveri ospedalieri e dell'uso dei farmaci. Quindi minori costi per la sanità sono in grado di liberare risorse economi-

che. In un bilancio triennale queste risorse, anche se virtuali, sono

tuttavia esigibili alla fine del triennio, perché derivano da valutazioni di studi scientifici. È questa sanità creativa? Può essere, ma ben venga la creatività se serve a rendere meno burocratico il sistema ed a dargli quel colpo di ali necessario per ripartire e rilanciare l'intero SSN. Le lamentazioni, le note pessimistiche sono comprensibili, ma siano anche accompagnate da proposte innovative e concrete. Il patrimonio del SSN è troppo prezioso ed utile e non possiamo vanificarlo. Bisogna ripartire con entusiasmo e maggiore ottimismo, perché ci sono le premesse per affrontare anche sfide di grosso rilievo. Bene ha fatto il ministro della Salute ad annunciare un nuovo patto di salute con le Regioni ed un nuovo piano sanitario nazionale, che sappia affrontare i problemi contingenti che rivestono carattere d'urgenza, ma anche quelli di prospettiva, finalizzati ad una virtuosa rinascita del SSN. Il ministro Schillaci è persona dotata di grande competenza nell'ambito della sanità e della ricerca. Ciò ci rassicura e ci fa ben sperare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le preoccupazioni
Non solo insufficienti risorse
finanziarie: l'aumento della
domanda e l'inadeguatezza
della formazione**



Antitumorali non sicuri, il ministero si sveglia “Possibile rivedere le norme e fare indagini”

A un anno dalla notizia che almeno 75 mila bambini affetti da cancro nel mondo, Italia inclusa, sono trattati con farmaci chemioterapici poco efficaci e sicuri, né l’Oms, né le agenzie regolatorie del farmaco, come l’Aifa, hanno ritenuto di dover prendere provvedimenti per proteggere i pazienti e garantire cure adeguate, che pure esistono. Dal 2016, almeno 16 ospedali italiani e 7 aziende sanitarie hanno importato il Celginase, una delle marche di origine indiana ritenuta scadente. È stato importato anche quando era disponibile la versione europea del farmaco, efficace e sicura, ma più cara: 2.500 euro a fiala contro i 20 di quello indiano. A svelarlo, inchieste di giornalisti di *Bureau of Investigative Journalism, Politico* e *il Fatto Quotidiano*. Appena dopo la pubblicazione nel giugno 2023, non risultano più importazioni di Celginase in Italia. Ma il problema non è risolto: un decreto ministeriale del 1997 permette agli ospedali di importare farmaci non autorizzati in Ue senza controlli di qualità e sicurezza da parte dell’Aifa. A luglio 2023, un’interrogazione di 21 senatori Pd, capofila Sandra Zampa, chiedeva al governo intendesse agire. Orazio Schil-

laci, ministro della Salute, non ha mai risposto. Ha deciso di farlo ora. “Il ministero sta valutando sia l’opportunità di rivedere la normativa sull’importazione di farmaci non autorizzati a garanzia della tutela della salute pubblica – spiega l’ufficio stampa – nonché di valutare eventuali aspetti di qualità e sicurezza dei suddetti farmaci,” che sono circolati per anni in molti ospedali italiani con una concentrazione speciale in Lombardia. Sia Oms che Aifa hanno ricevuto informazioni già a febbraio 2022. La segnalazione era di Ronald Barr, professore emerito di Pediatria alla McMaster University, Usa. Barr si aspettava che l’Oms indagasse subito e lanciasse l’allarme così come ha fatto per uno sciroppo per la tosse contaminato, nel 2022 e 2023. Non è stato così. L’Oms dice che l’indagine è tuttora in corso, ma nessuna azione significativa è stata intrapresa.

ROSA FURNEAUX E LAURA MARGOTTINI



Sanità24

24 gen
2024

DAL GOVERNO

S
24

Trapianti: 2023 da record, superati i 4mila interventi (+15,1%)

Per le donazioni e i trapianti di organi, tessuti e cellule il 2023 è stato senza precedenti: nell'anno da poco concluso l'attività della Rete trapiantologica italiana ha ottenuto praticamente in tutti gli indicatori i migliori risultati mai realizzati nella storia del nostro Paese. I dati sono stati presentati oggi dal ministro della Salute Orazio Schillaci e dal direttore del Centro nazionale trapianti Massimo Cardillo in apertura degli Stati generali della Rete trapianti, che riuniscono a Roma fino a venerdì oltre 400 operatori da tutta Italia.



Donazioni e trapianti da record

Per la prima volta le donazioni di organi hanno superato quota duemila, attestandosi a 2.042 (+11,6%), mentre i trapianti hanno ampiamente oltrepassato il muro, finora mai valicato, dei quattromila interventi in un anno: nel 2023 sono stati realizzati 4.462 trapianti di organi, 586 in più rispetto al 2022 (+15,1%). Si tratta, in entrambi i casi, non solo delle cifre assolute più alte di sempre, ma anche delle percentuali di crescita annuali più elevate mai ottenute.

L'aumento dei prelievi ha portato il tasso nazionale di donazione a quota 28,2 donatori per milione di persone (pmp), molto oltre il massimo storico di 24,6 registrato nel 2022. Con questo risultato l'Italia ha staccato la Francia e si colloca al secondo posto tra i maggiori paesi europei per numero di

donatori, dietro la Spagna. A sostenere la performance sono soprattutto i risultati di tre regioni: l'Emilia Romagna con 51,1 donatori pmp (+4,7), il Veneto con 46,4 (+10,1) e la Toscana con 45,6 donatori pmp. Ottimi anche i tassi di Sardegna, Piemonte e Marche, mentre restano purtroppo indietro le regioni meridionali. Per quanto riguarda i trapianti, la crescita degli interventi ha riguardato tutte le specialità: nel 2023 sono stati realizzati 2.245 trapianti di rene (+10,4%), 1.696 di fegato (+14,7%), 186 di polmone (+33,8%), 40 di pancreas (+5,3%) ma soprattutto ben 370 trapianti di cuore rispetto ai 253 dell'anno scorso (+46,2%). Inoltre, si conferma ancora il costante miglioramento degli esiti degli interventi. In termini assoluti è stata la Lombardia la regione a effettuare il maggior numero di trapianti (827) mentre in rapporto alla popolazione il primato spetta al Veneto (140,9 trapianti ogni milione di abitanti) seguito da Piemonte ed Emilia Romagna. Al sud è significativa la crescita registrata dalla Puglia, passata in un anno da 29,7 a 46,9 trapianti per milione di abitanti.

Più segnalazioni in rianimazione e donazioni a cuore fermo

Un risultato così eclatante è stato di fatto possibile grazie a due fattori di crescita fortemente coltivati in questi ultimi anni dal CNT. Il primo è il consistente aumento delle segnalazioni di potenziali donatori nelle terapie intensive delle oltre 200 sedi di prelievo attive sul territorio nazionale. Nel 2023 i donatori segnalati sono stati 3.082, il 15,8% in più rispetto ai 2.661 dell'anno precedente. La crescita delle segnalazioni è stata stimolata da un maggiore impegno delle regioni nell'applicazione delle misure contenute nel Piano Nazionale delle Donazioni, promosso negli ultimi cinque anni dal CNT con l'obiettivo di un sistema donativo più organizzato ed efficiente, in grado di alimentare l'attività di trapianto e rispondere alle necessità di una lista d'attesa che, pur riducendosi, include ancora circa 8mila pazienti.

Naturalmente alla base di questo successo c'è soprattutto l'impegno eccezionale degli operatori delle terapie intensive e dei coordinamenti della donazione, e quello delle equipe chirurgiche dei circa 100 programmi di trapianto presenti in tutta Italia. Questo lavoro è stato sostenuto anche da un significativo aumento dell'attività nazionale di formazione dei professionisti della Rete: tra i corsi in presenza (quasi raddoppiati) e la formazione a distanza, nel 2023 sono stati coinvolti circa 14mila operatori.

Il secondo fattore di crescita dei volumi di attività va cercato nel forte investimento del CNT sul programma di donazione dopo accertamento di morte con criteri cardiaci, la cosiddetta "donazione a cuore fermo" (donation after cardiac death, DCD). I trapianti derivati da questo tipo di donatori sono aumentati esponenzialmente: siamo passati dai 100 del 2018 ai 221 del 2022 per arrivare nel 2023 a ben 438 trapianti grazie agli organi prelevati da DCD. A partire dal maggio scorso è partito il programma di prelievo DCD anche

del cuore, un'attività finora presente solo in Gran Bretagna e Spagna dove però (come nel resto del mondo) il tempo di arresto cardiaco necessario per constatare il decesso è di 5 minuti contro i 20 previsti dalla legge italiana. Ben 6 centri a livello nazionale (a partire da Padova, il primo) hanno realizzato finora 13 prelievi e trapianti di cuore DCD. L'utilizzo con successo di organi cardiaci che complessivamente affrontano anche oltre 40 minuti di "ischemia calda" è al momento un primato di livello mondiale. Un risultato così significativo è dovuto alle aumentate capacità dei professionisti nell'utilizzo delle tecnologie di perfusione degli organi (un settore che sta vivendo un importante sviluppo) e al lavoro di formazione e organizzazione portato avanti sul territorio per strutturare equipe sanitarie in grado di gestire efficientemente questo tipo di prelievi ad elevata complessità.

Il nodo delle opposizioni

Gli unici indicatori rimasti sostanzialmente invariati sono quelli relativi ai tassi di opposizione al prelievo. Nelle rianimazioni la percentuale di chi rifiuta la donazione è leggermente salita (30,5%, +0,7%) soprattutto per la sempre maggiore incidenza di chi ha già registrato il proprio no in vita: nel 2023, in occasione dei rinnovi delle carte d'identità elettroniche (CIE), sono stati raccolti 2,4 milioni di consensi (68,5%) ma anche ben 1,1 milioni di rifiuti (31,5%). Considerando l'attuale presenza nel Sistema informativo trapianti di oltre 18 milioni di dichiarazioni registrate, è prevedibile che a breve la maggior parte delle donazioni segnalate nelle rianimazioni avranno alle spalle un consenso e un'opposizione già raccolti e quindi non più ottenibili dai sanitari. Nel 2024 è attesa un'importante novità, quella dell'attivazione del portale digitale della CIE che permetterà ai cittadini di registrare la propria dichiarazione direttamente da casa e non solo negli uffici anagrafe: un'occasione irrinunciabile per rafforzare il messaggio in favore della donazione a tutti i cittadini italiani.

Tessuti e midollo, anche qui i migliori risultati di sempre

L'aumento record delle donazioni ha avuto un impatto enorme anche sull'attività dei tessuti: abbiamo avuto 14.912 prelievi (+21%) e 24.949 trapianti (+16,7%), con forti aumenti sia sulle cornee che sul tessuto muscolo-scheletrico. Anno da primato anche per le cellule staminali emopoietiche: nel 2023 in Italia di sono state 399 donazioni di midollo osseo (+21,3%) e ben 1.023 trapianti (+6,5%). Continua a consolidarsi anche la tendenza a preferire il prelievo delle cellule da sangue periferico, una modalità pochissimo invasiva (molto simile a una donazione di sangue) che ormai riguarda oltre il 90% delle donazioni. Molto bene anche le iscrizioni al registro donatori IBMDR: sono stati 29.396 i 18-25enni nuovi reclutati, che hanno portato l'elenco dei possibili donatori attivi quasi a quota mezzo milione (496.754).

Per il 2024, Fondazione Airc finanzia con oltre 143 milioni di euro 6 mila talenti della ricerca oncologica italiana

Diagnosi precoce e ricerca innovativa per rendere i tumori sempre più curabili

INTERVISTA
NOEMI PENNA

Ricerca e prevenzione aprono prospettive di guarigione e miglioramento della qualità della vita per milioni di persone. Un dualismo essenziale quando si parla di cancro, in un periodo in cui la ricerca oncologica richiede sforzi sempre maggiori. La Fondazione Airc rappresenta un'eccellenza e per il 2024 ha deliberato un investimento di oltre 143 milioni di euro, catalizzando risorse ma soprattutto talenti: cervelli di ritorno e giovani promesse universitarie per rendere più vicino un futuro in cui si potrà guarire da ogni tumore.

Come dimostrano i dati, la ricerca cura sempre di più: nel nostro Paese circa 3,6 milioni di persone hanno superato una diagnosi di cancro, con un incremento del 37% nella sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi rispetto a solo 10 anni fa. L'incidenza è però in crescita, soprattutto fra i giovani. Ecco perché «maggiori risorse significano maggiori probabilità di successo e quindi di impatto sui pazienti: è dalle loro esigenze che partono le ricerche dei nostri 6 mila ricercatori operanti in 102 istituzioni pubbliche», afferma il professor Federico Caligaris Cappio, direttore scientifico di Fondazione Airc.

Per il 2024 Fondazione Airc conferma il suo ruolo chiave nella ricerca d'eccellenza. Come verrà impiegato il tesoretto da 143 milioni?

«Dal 1965 Airc sostiene finan-

ziariamente la ricerca italiana sul cancro, premiando il merito e l'eccellenza scientifica, garantendo continuità e tempi certi per i finanziamenti, promuovendo collaborazioni internazionali e multidisciplinari. Un'attività che nel 2024 sarà destinata a supportare 695 progetti di ricerca, 93 borse di studio e 15 programmi speciali. Un contributo essenziale va alla crescita di una nuova generazione di ricercatori, con oltre 19 milioni destinati a talenti della scienza oncologica sotto i 40 anni, mentre 29 milioni andranno all'Ifom, l'Istituto di Oncologia Molecolare di Fondazione Airc, centro d'eccellenza internazionale ad alta tecnologia».

Professore, quali saranno le prossime frontiere della ricerca sul cancro?

«Le nuove tecnologie e l'Intelligenza Artificiale velocizzano la ricerca e hanno la potenzialità di aiutarci a rispondere a quesiti che in passato non abbiamo potuto affrontare. Ma non bastano i mezzi, servono le buone idee, che sono quelle che coltiviamo, dando continuità agli studi. I fondi Airc vengono distribuiti in base a rigorosi principi di peer review internazionali, il che ne garantisce la validità, e io sono rimasto colpito da molti progetti. Una svolta arriva dalla biopsia liquida, che diventa sempre più importante, sia nella diagnosi precoce che nella prevenzione, così come nella scelta delle terapie più efficaci. Ci sono poi l'immunoterapia, che sta rendendo alcu-

ni protocolli di cura chemio-free, e la target therapy, con farmaci selezionati in base alle caratteristiche molecolari e istologiche del tumore. Importanti passi si stanno facendo anche nello studio delle metastasi, grazie agli otto programmi finanziati dal 5 per mille. Ma la speranza è di contare su un numero sempre maggiore di physician-scientist, medici che accanto all'attività in corsia svolgono ricerca, mettendo al centro del loro impegno il paziente».

Siete il primo polo privato di finanziamento della ricerca sul cancro in Italia, ma l'impegno della Fondazione è a tutto tondo...

«Si fa ricerca di base, si fa ricerca traslazionale, ma si fa anche prevenzione. Le tre anime di Airc sono i nostri 6 mila ricercatori, i 4,5 milioni di donatori attivi e i 20 mila volontari. Ed è grazie ai progetti sul territorio che sensibilizziamo la popolazione sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce. Un'attività incessante, importante quanto le scoperte scientifiche, dato che fino al 40% dei nuovi casi di tumore sono potenzialmente prevenibili o più curabili, quando si agisce sui fattori di rischio modificabili, come i comportamenti individuali. Promuoviamo cultura della prevenzione e investiamo nel talento, mantenendo elevati gli standard che ci hanno permesso di ottenere la fiducia dei nostri sostenitori». —



Le nuove strategie contro i tumori della pelle

"Grazie ad Airc capiremo in anticipo se le cellule diventano cancerogene"

Fra i talenti in cui Airc ha investito, e stando continuità di ricerca, c'è il professor Giacomo Donati dell'Università di Torino, cervello di ritorno che con il suo ancor più giovane team di ricercatori sta conducendo una ricerca che potrebbe riscrivere i principi della prevenzione e della cura del cancro alla pelle. Questo perché «stiamo studiando le cellule pre-cancerose per individuare dei marcatori per identificare zone ad alto rischio di sviluppare un tumore cutaneo». Nello specifico il suo laboratorio si occupa di carcinoma a cellule squamose, la seconda forma più comune di cancro della pelle causata dall'esposizione cumulativa della pelle ai raggi UV. «La ri-

cerca è iniziata nel 2018 con il My First Airc Grant che ci ha portato a importanti scoperte sulle cellule staminali, la plasticità cellulare e la memoria dei tessuti epiteliali, pubblicate su Nature Cell Biology. Ora abbiamo ottenuto un secondo Grant che ci permetterà di proseguire lo studio».

Il genetista ha studiato prima a Milano, poi al Cruk Cambridge Institute e al King's College di Londra, e ha messo a frutto il suo background di biologia molecolare e cellulare nel Donatilab di Torino. Da sempre sapeva che sarebbe voluto tornare in Italia, cosa che è stata possibile proprio grazie ad Airc. «La continuità è fondamentale per la ricerca di base, ma purtroppo non è scontata – afferma Donati –. La lungimiranza di Airc sta nel garantire

il proseguo delle idee più promettenti e di mantenere lo stesso team di ricerca, il che dà ai ricercatori la serenità di potersi concentrare solo sulle proprie idee e sul lavoro in laboratorio». La sua ambizione ora è di testare sui tessuti umani quanto scoperto sui modelli in laboratorio di carcinogenesi della pelle, «per identificare sempre più precocemente i tessuti in trasformazione, ben prima di ogni segnale di una formazione neoplastica. Questo farebbe la differenza in chirurgia oncologica – conclude il ricercatore –, permettendo di asportare esattamente quanto tessuto serve, abbassando il rischio di recidive, e di arrivare a nuove forme di prevenzione». N.P.



di LETIZIA GABAGLIO

Il cancro visto dalle donne

Esiste uno sguardo femminile all'oncologia? Sì, e questa prospettiva permetterebbe di salvare più vite e di sanare alcune disuguaglianze. A pensarlo sono le esperte della commissione "Women, power, and cancer" voluta da *The Lancet*, una delle riviste mediche più prestigiose al mondo. Per costruire un nuovo modo di intendere e agire la cura dei tumori, tuttavia, sottolinea *Lancet*, sono ancora molte le azioni da intraprendere; perché a oggi la ricerca, la clinica e la politica della salute, e in particolare dell'oncologia, sono tutte saldamente in mano agli uomini.

Se le cose cambiassero, dicono le esperte in un lungo dossier apparso sulla rivista, si potrebbero migliorare i programmi di screening, l'efficacia dei farmaci, l'organizzazione dell'assistenza e, soprattutto, salvare 800mila donne che ogni anno in tutto il mondo muoiono a causa di una prevenzione e gestione che non è pensata da loro e per loro.

Non si parla solo di una medicina che riconosca le differenze biologiche fra uomo e donna, ma anche di un sistema sociale che valorizzi il lavoro dei caregiver - quasi sempre donne - e che incentivi le carriere femminili nella ricerca e nella clinica. Di una politica dove le pari opportunità passano dalla giusta rappresentanza delle donne nelle posizioni che contano, nel pubblico e nel privato. Solo così, secondo la Commissione, sarà possibile costruire una medicina più equa. E accanto a questo, si

pone il problema della governance dell'industria, che ricerca e propone terapie contro il cancro.

Quando si parla di tumore e donne si pensa subito al tumore del seno o dell'ovaio ma, purtroppo, non sono solo queste le patologie su cui è importante avere uno sguardo che rispetti le differenze. A livello globale, nelle donne, i primi cinque tumori per incidenza sono seno, colon-retto, polmone, cervice e tiroide, che insieme contano più della metà di tutti i nuovi casi. L'Italia non fa eccezione: la classifica è la stessa, tranne la cervice, che da noi è sostituita dall'endometrio.

«La nostra azienda ha messo a punto il primo farmaco in grado di contrastare la crescita tumorale, il tamoxifene, usato nella terapia del tumore del seno, ma da allora è stata fatta molta strada: oggi lavoriamo su diversi meccanismi d'azione di precisione per poter colpire tanti tipi di tumore da più punti diversi. Spaziamo dai tumori ginecologici a quelli del sangue, da quelli dell'apparato urinario a quelli del tratto digerente», spiega Alessandra Dorigo - Head of Oncology Italy di Astra Zeneca, azienda che in Italia ha messo nelle mani di tre donne proprio lo sviluppo dell'oncologia: «Lavoriamo per avere un impatto concreto sulla società, impatto che si misura non solo in farmaci ma anche in ricerca, con 90 studi clinici attivi solo in oncologia e la collaborazione con i principali centri di ricerca italiani».

La sfida rimane quella di accelerare la ricerca clinica, ma in maniera inclusiva, ovvero che tenga in considerazione le donne e le rappresenti,

come è necessario, negli studi clinici. «L'arruolamento deve riprodurre in miniatura la realtà del mondo esterno e sappiamo che ci sono delle patologie

dove l'incidenza nelle donne è in crescita, come nel caso del tumore del polmone. Per questo il nostro impegno è quello di arruolare un buon numero di pazienti di sesso femminile», afferma Paola Morosini, Medical Affairs Head Oncology di Astra Zeneca.

E la giusta rappresentanza femminile deve essere promossa anche fra i ricercatori: spesso le donne sono penalizzate perché non riescono a dare giusta rilevanza al loro lavoro all'interno delle organizzazioni. «Il portale *Researchalize* lo abbiamo pensato proprio per dare strumenti in più ai ricercatori e alle ricercatrici di connessione fra loro e advocacy nei confronti dei loro superiori, per dare il giusto risalto ai loro risultati», spiega Francesca Parnello - Vice President Market Access & Government Affairs di Astra Zeneca.

Ma la lotta alle discriminazioni, oltre che sulla ricerca, si gioca anche sulla prevenzione. «Come donne abbiamo una sensibilità diversa, siamo più attente alla salute ma spesso esercitiamo questa attenzione per i nostri cari. Il nostro impegno è quello di sensibilizzare le donne a prendersi del



tempo per prevenire e per curare non solo gli altri, ma anche loro stesse», sottolinea Dorigo. Da qui la promozione di campagne di informazione a favore dei programmi di screening, per esempio quello del tumore del polmone.

Infine, c'è l'area delicata e fondamentale dell'accesso, senza il quale nessuna innovazione può davvero raggiungere i pazienti. «Spesso si sottolinea il tempo che passa fra l'autorizzazione di un farmaco e la sua reale disponibilità per i pazienti. Il problema non sono i 12-14 mesi che passano, ma cosa viene fatto durante questo tempo: dobbiamo lavora-

re perché sia un tempo di dialogo fra istituzioni centrali e regionali, aziende, medici e pazienti così da preparare il terreno all'arrivo del farmaco, e poterlo poi subito usare nella maniera corretta una volta disponibile», conclude Patarnello. Ancora una volta una prospettiva marcatamente femminile.

Lancet lancia l'allarme: per costruire una disciplina più equa ed efficace serve dare spazio a malate e ricercatrici. Proviamo a ribaltare la prospettiva

La biologia dei sessi è diversa. Quindi nei test devono entrare più femmine. Sennò i risultati sono sbilanciati

È necessario anche creare un sistema sociale che riesca a valorizzare di più il ruolo delle caregiver



AL SAN RAFFAELE DI ROMA

Arriva la svolta contro l'emicrania: passa con un anno di monoclonali

■ Un anno di trattamento con anticorpi monoclonali fa crollare la frequenza degli attacchi emicranici nella quasi totalità dei soggetti (91,3%). È il dato emerso da uno studio multicentrico cui hanno partecipato ben 16 centri coordinati dall'Irccs San Raffaele di Roma e appena pubblicato su *Journal of Neurology*.

«Il nostro studio è rivoluzionario per tre aspetti - spiega Piero Barbanti (nella foto), coordinatore del gruppo di ricerca, direttore dell'Unità per la Cura e la Ricerca su Cefalee e Dolore del San Raffaele, responsabile del Registro italiano dell'Emicrania- Dimostra che gli anticorpi monoclonali anti-CGRP rappresentano un punto del non ritorno nella cura di una malattia devastante quale l'emicrania, risultando efficaci praticamente in tutti. In secondo luogo, documenta che definire non responsivo chi non migliora dopo 3 mesi di cura - come purtroppo attualmente previsto dalle attuali norme Aifa - è un grave errore ed esclude dal beneficio il 30% dei pazienti. Infine, sottolinea come l'emicrania intrat-

autentica rarità».

Il San Raffaele di Roma è leader mondiale della sperimentazione di nuove molecole contro il mal di testa, avvalendosi di un team di 7 ricercatori. I dati dello studio appena pubblicato dimostrano che le terapie anti-CGRP sconvolgeranno le cure dei prossimi anni e miglioreranno drasticamente la vita del paziente emicranico, determinando una netta riduzione dei costi diretti e indiretti di questa patologia, ad oggi valutati in circa 20 miliardi di euro.

«Ma è urgente - sottolinea il neurologo - che Aifa prenda atto ora di queste evidenze e riveda i criteri per la rimborsabilità degli anticorpi monoclonali oltre che quelli relativi alla prescrivibilità».

LO STUDIO

**Barbanti: «Aifa riveda le norme
Non siano esclusi dalle cure i pazienti
che non migliorano dopo tre mesi»**

tabile o farmaco-resistente sia una



LO STUDIO

L'integratore che salva il cervello: scopre depressione e disturbi mentali

■ Potrà diventare l'integratore del futuro per il benessere del cervello, da affiancare ai farmaci. Ma anche il primo biomarcatore naturale per la diagnosi precoce di psicosi. Si chiama palmitoiletanolamide, acronimo Pea, e su di lei sono puntati i riflettori degli esperti della Società di NeuroPsicoFarmacologia (Sinpf), riuniti a Milano per il loro XXV Congresso nazionale.

Questo composto organico - prodotto dal nostro organismo e presente in alimenti come uova, piselli, pomodori e soia, già utilizzato come integratore per i suoi effetti analgesici e antinfiammatori - nella review si è dimostrato «fondamentale per il benessere del sistema nervoso centrale - spiegano i neuropsicofarmacologi - grazie alla sua azione sul sistema degli endocannabinoidi coinvolto in funzioni essenziali come la memoria, il dolore, l'umore, l'appetito e la risposta allo stress. In futuro gli esperti prospettano un impiego dell'integratore «anche per contrastare problemi di memoria e declino cognitivo. La Pea, i cui livelli tendono a diminuire anche con l'età,

protegge infatti i neuroni e sembra poter migliorare memoria, linguaggio e funzionalità cognitiva nelle attività della vita quotidiana». «Le ricerche - osserva Claudio Mencacci (nella foto), co-presidente Sinpf e direttore emerito di Neuroscienze all'ospedale Fatebenefratelli Sacco di Milano - hanno dimostrato che la Pea ha le potenzialità per proteggere i neuroni: può migliorare funzioni come la memoria e l'apprendimento riducendo lo stress ossidativo e l'espressione di marcatori pro-infiammatori, e riequilibrando la trasmissione eccitatoria cerebrale». E, addirittura, può favorire la produzione di nuovi neuroni in alcune aree decisive per la memoria come l'ippocampo».

LA SVOLTA

**Si tratta di un antinfiammatorio contenuto in soia, piselli e pomodori
«Sa nutrire i neuroni e li protegge»**



5 | Neurologo Rossini, 'test per Alzheimer passo avanti, cautela su applicabilità'

Il test del sangue che potrebbe rilevare il rischio di Alzheimer fino a 15 anni prima che insorgano i sintomi della malattia, "è un passo avanti per la facilità della metodica, ma ha ancora dei costi elevati. Sarà utile avere un esame che si può fare ovunque, ma che necessita di validazioni su numeri più ampi, in centri diversi, rappresentativi di varie realtà nazionali e territoriali e con un follow-up adeguato. E' quindi una notizia positiva da prendere però con mille pinze sul piano applicativo". Così all'Adnkronos Salute Paolo Maria Rossini, direttore del dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione dell'Irccs San Raffaele di Roma, interviene sul test del sangue che potrebbe aprire la prospettiva di uno screening nazionale al quale sottoporre la popolazione over 50.

La ricerca alla base del nuovo test è stata pubblicata su 'Jama Neurology' "e riguarda un tema di grandissimo interesse e cioè poter disporre di un test a costo sostenibile, non-invasivo ed altamente accurato per prevedere l'insorgenza di demenza anche in soggetti che non manifestano ancora sintomi - evidenzia il neurologo - Lo studio coordinato dall'Università di Gottingen in Svezia ha raccolto dati da indagine una multicentrica con gruppi britannici, statunitensi, canadesi, spagnoli e di altre nazioni europee. Ha riguardato la misurazione di una proteina (Ptau217) nel sangue di oltre 800 soggetti in cui erano stati raccolti altri tipi di biomarcatori (ad esempio il liquido cefalorachidiano). I risultati - prosegue - hanno dimostrato un'altissima correlazione (oltre il 95%) tra i tassi di proteina nel sangue rispetto ai medesimi ritrovati nel liquor (tramite una procedura molto più invasiva ed anche un poco pericolosa come la puntura lombare) e nella Pet (tramite una procedura estremamente costosa e scarsamente disponibile sul territorio come la Tomografia ad emissione di positroni)".

"Sembrirebbe quindi un'ottima soluzione per uno screening di massa in soggetti a rischio (cioè tutti gli ultra 50enni) con costi sostenibili. Questa è la parte più incoraggiante della notizia - osserva Rossini - Ci sono però



numerosi aspetti che ne diminuiscono, e di parecchio, l'impatto e l'applicabilità pratica da parte di un ente di salute pubblica (ad esempio per il nostro Ssn) e che spiegano ampiamente perché non sia stato ancora sottoposto ad approvazione di 'autorità regolatorie' in ambito di salute come l'Fda americana o l'Ema europea".

Gli autori dello studio alla base del test svela-Alzheimer "dichiarano correttamente che il loro test non permette di fare diagnosi, ma di definire un rischio per lo sviluppo della demenza. Sappiamo infatti molto bene che l'identificazione di sostanze 'killer' quali le placche di beta-amiloide ed i grovigli neurofibrillari di proteina tau nel cervello di soggetti anziani si associa molto spesso alla presenza di una demenza progressiva, ma - avverte il neurologo - che in un numero non banale di casi (sino ed oltre il 30%) coloro che sono portatori di tali sostanze non svilupperanno mai demenza forse perché posseggono fattori di protezione (uguale 'riserva neurale e cognitiva')".

Il secondo punto che viene evidenziato da Rossini riguarda la capacità del test di predire lo sviluppo della demenza: "Lo studio avrebbe dovuto includere un follow-up adeguato di gruppi omogenei portatori e non-portatori della proteina alterata per almeno 3 anni al termine dei quali poter definire in che percentuale la presenza della proteina aveva previsto o meno l'arrivo della demenza", sottolinea il neurologo, e "questo follow-up non è stato effettuato". C'è poi un aspetto psicologico per chi farà il test: "Il solo classificare qualcuno come 'ad alto rischio' di demenza quando ancora non ha nessun sintomo - osserva lo specialista - equivale ad eliminare qualsiasi prospettiva di carriera, ad azzerarne il ruolo in ambito socio-politico ed anche a ridurre ampiamente i progetti ed i programmi per

il suo personale futuro".

Infine i costi. "La procedura di analisi - rimarca Rossini - è stata centralizzata e, se non comprendo male, finanziata da una ditta californiana. Cosa del tutto legittima e comprensibile, visto l'enorme 'business' che un test di questo genere verrebbe a rappresentare. Occorre quindi effettuare una procedura di 'validazione'. Ad esempio, confermare i



valori se prelevati 2 o 3 volte in tempi diversi nel medesimo paziente ed anche facendo il dosaggio sul medesimo campione in laboratori differenti. A differenza di altri biomarcatori in campi diversi della medicina, in cui i falsi-positivi/negativi divengono evidenti dopo pochi mesi o al massimo un anno (pensiamo all'ambito oncologico), nella malattia di cui parliamo (demenza su base neurodegenerativa) il tempo si allunga enormemente anche sino a 10 anni ed oltre. Un tempo troppo lungo - conclude il neurologo - per accettare un rischio di errore su un tema così importante".



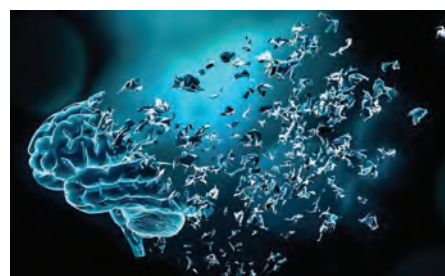
24 gen
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Psichiatria: un antinfiammatorio naturale fa da biomarcatore, arriva la “medicina di precisione” per le malattie mentali

Potrà diventare l'integratore del futuro, tutto naturale, per il benessere del cervello, ma anche il primo biomarcatore naturale di una patologia psichiatrica: per questo sulla palmitoiletanolamide, o PEA, sono puntati i riflettori degli esperti della Società di NeuroPsicoFarmacologia (Sinpf), riuniti da oggi a Milano al XXV congresso nazionale dedicato a “Le neuroscienze del domani: la neuropsicofarmacologia verso la precisione e la personalizzazione delle cure”. La PEA risulta dunque un primo esempio di neuro psico farmacologia di precisione: la revisione di tutti gli studi su questo composto organico, discussa in occasione del congresso, ha sottolineato che la PEA, prodotta nell'organismo, presente in alcuni alimenti e già utilizzato come integratore per i suoi effetti analgesici e antinfiammatori, è fondamentale per il benessere del sistema nervoso centrale grazie alla sua azione sul sistema degli endocannabinoidi, che è coinvolto in funzioni essenziali come la memoria, il dolore, l'umore, l'appetito e la risposta allo stress. La PEA aumenta inizialmente in modo naturale nei pazienti con psicosi, per compensare le alterazioni connesse alla malattia, e si è rivelato un biomarcatore precoce molto importante. Nel lungo periodo la compensazione diventa però impossibile e i livelli di PEA 'endogena' si riducono, aprendo la strada all'utilizzo dell'integratore di PEA,



che nell'uomo ha già dimostrato di ridurre i sintomi psicotici e maniacali senza effetti collaterali gravi. In futuro, inoltre, è possibile un utilizzo anche per contrastare problemi di memoria e declino cognitivo: la PEA, i cui livelli tendono a diminuire anche con l'età, protegge i neuroni e sembra poter migliorare memoria, linguaggio e funzionalità cognitiva nelle attività della vita quotidiana.

“Il sistema degli endocannabinoidi è coinvolto, assieme al sistema infiammatorio, nello sviluppo di vari disturbi psichiatrici e in particolare della psicosi. La neuropsicofarmacologia di precisione oggi mira perciò a individuare sostanze che modulino proprio il sistema endocannabinoide e che possano rivelarsi più tollerabili dei farmaci attualmente disponibili – spiega Matteo Balestrieri, direttore della Clinica Psichiatrica dell’Azienda Sanitaria Universitaria di Udine, Co-Presidente SINPF e autore delle due recenti revisioni degli studi sulla PEA –. Un candidato che si sta mostrando interessante è la PEA, che non è un endocannabinoide, non si lega ai recettori per gli endocannabinoidi ma influenza il sistema con il cosiddetto ‘effetto entourage’: potenzia cioè l’azione degli endocannabinoidi naturali, aumentandone i livelli (o riducendone la degradazione), ed è perciò in grado di avere effetti sulle funzioni regolate dagli endocannabinoidi come la risposta al dolore o la comparsa di sintomi della psicosi”.

Come testimoniato dai lavori del gruppo di ricerca di Udine coordinato dal prof. Marco Colizzi, leader italiano in questo campo, gli studi preclinici e soprattutto clinici sulla PEA e psicosi testimoniano che i livelli di questa sostanza nel plasma aumentano nelle fasi iniziali di malattia e in maniera proporzionale alla sua gravità. “La PEA dunque – prosegue Balestrieri – si sta rivelando un utile biomarcatore precoce di psicosi. Poiché questo incremento delle quantità della sostanza, che ha probabilmente lo scopo di compensare le alterazioni connesse alla patologia, non viene mantenuto nel lungo periodo, si è ipotizzato che un’integrazione di PEA nei pazienti possa essere positiva: i dati raccolti in tre studi clinici confermano che l’associazione alle consuete terapie può ridurre i sintomi psicotici e maniacali, senza indurre eventi avversi gravi”.

PEA, che appartiene alla classe delle ammidi degli acidi grassi, è infatti una sostanza naturale, che il nostro corpo produce e che si trova anche in cibi come uova, piselli, pomodori e soia. Viene già utilizzato come integratore per la sua azione analgesica e antinfiammatoria, che dipende dalla sua capacità di interagire non soltanto con il sistema endocannabinoide, ma anche con il sistema immunitario. Proprio per la varietà di meccanismi con cui agisce, la PEA è oggetto di numerosi studi e durante il convegno sono state discusse anche le ricerche su PEA e disturbi cognitivi.

“Il declino cognitivo è correlato a processi di neurodegenerazione indotti da danni vascolari, ossidativi, infiammatori che l’organismo cerca di contrastare producendo molecole lipidiche, fra cui PEA, nel tentativo di

ripristinare gli equilibri e prevenire ulteriori danni – aggiunge Claudio Mencacci, Co-Presidente Sinpf e direttore emerito di Neuroscienze all’Ospedale Fatebenefratelli-Sacco di Milano –. Le ricerche hanno dimostrato che la PEA ha le potenzialità per proteggere i neuroni: gli studi su modelli animali mostrano che, soprattutto grazie alla sua interazione col sistema endocannabinoide, può migliorare funzioni come la memoria e l’apprendimento riducendo lo stress ossidativo, l’espressione di marcatori pro-infiammatori e riequilibrando la trasmissione eccitatoria cerebrale”. Si è osservato che può anche favorire la produzione di nuovi neuroni in alcune aree decisive per la memoria come l’ippocampo, inoltre può migliorarne la vitalità e sopravvivenza. “Tutti assieme, questi dati suggeriscono che un’integrazione di PEA abbia le potenzialità per rallentare il decorso di disturbi neurocognitivi – conclude Mencacci –. Appare cioè in grado di ridurre affaticamento e deterioramento cognitivo, migliorando la funzione esecutiva globale nelle attività quotidiane, la memoria, i deficit di linguaggio. La ricerca dovrà confermare queste ipotesi, ma è possibile che un’integrazione di PEA possa in futuro aiutare a prevenire i disturbi neurodegenerativi e potenziare i processi di riparazione che l’organismo mette in atto per rallentarne la progressione”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 gen
2024

EUROPA E MONDO

S
24

Pandemie: per gli esperti dell'Ipps servono più sforzi per garantire una risposta tempestiva

Un'eventuale nuova pandemia rischia di coglierci impreparati: dopo l'avvento di Covid-19 la comunità internazionale ha infatti fatto progressi, soprattutto nello sviluppo di alcuni vaccini, ma si scontano molti ritardi nella capacità di mettere a punto in maniera tempestiva terapie e strumenti diagnostici qualora ci si trovasse nuovamente di fronte a una minaccia pandemica. È quanto emerge dal terzo rapporto annuale sulla 'Missione dei 100 giorni' dell'International Pandemic Preparedness Secretariat, che si riunisce oggi a Roma all'Accademia dei Lincei. La "Missione dei 100 giorni" (in sigla 100DM) è stata lanciata nel corso del G7 di Carbis Bay nel 2021, con l'obiettivo di porre i presupposti affinché, in caso di nuova pandemia, il mondo sia pronto a rendere disponibili test diagnostici rapidi, una terapia iniziale e vaccini da produrre in larga scala entro i primi 100 giorni dall'identificazione della minaccia. "Non possiamo dimenticare la devastazione di Covid-19 e l'impatto a lungo termine che ha avuto sulle persone, i sistemi sanitari e l'economia globale", ha affermato Mona Nemer, a capo dello steering group della 100 Days Mission.



Il rapporto mostra progressi in diverse aree: siamo ormai attrezzati contro Covid-19, che ha visto un investimento di 14,5 miliardi di dollari tra il 2019 e il 2022; si registrano progressi nel contrasto a Ebola; nel 2023 è stato

approvato dall'Fda il primo vaccino contro la Chikungunya e sono stati completati i primi test su un vaccino contro la febbre emorragica Crimea-Congo (CCHF). Tuttavia, si è fatto poco sugli altri agenti patogeni con potenziale pandemico identificati dall'Oms: agenti come Zika, il virus Nipah, la febbre di Lassa, per esempio. In generale, il rapporto segnala insufficienti investimenti e un calo dell'attenzione alla preparazione alle pandemie. Servono invece risorse, un quadro normativo che faciliti la preparazione, collaborazione tra pubblico, privato e terzo settore. "Dobbiamo rimanere concentrati sulla visione originale della "Missione dei 100 giorni": prepararsi in anticipo, in modo da essere pronti a produrre prodotti diagnostici, terapeutici e vaccini (DTV) in modo da avere la risposta più efficiente ed equa possibile alla prossima pandemia", ha dichiarato presidente uscente dello steering group di 100DM. "Il rapporto di oggi dovrebbe fungere da chiaro appello ai leader globali, che devono ora focalizzarsi urgentemente sulla misure concrete necessarie per prepararsi meglio alla prossima pandemia. Scienza e innovazione sono state fornite a velocità e in quantità record contro il Covid-19. Dobbiamo preservare ciò che ha reso possibile tutto ciò", ha detto Thomas Cueni, direttore generale della International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A COLLOQUIO CON GLI STUDIOSI INSIGNITI DEL PREMIO BALZAN

Batteri e virus ritornano, ma noi sappiamo resistere

di PAOLO TRAVISI

La diversità di ogni essere umano ha garantito la sopravvivenza della nostra specie. E allo stesso tempo la mobilità delle popolazioni e le migrazioni hanno portato a un risultato genetico straordinario, una mescolanza che ha permesso alla nostra specie di combattere malattie ed epidemie.

Ha dedicato tutta la sua vita scientifica allo studio del genoma umano, partendo dal DNA antico, Eske Willersev, professore danese che ha ricevuto a Berna, in Svizzera, il Premio Balzan 2023 per l'evoluzione umana e per i suoi studi che intrecciano il passato lontano con il presente e il futuro. Un'evoluzione, quella dell'*Homo sapiens*, che il paleoantropologo francese Jean-Jacques Hublin - anche lui premiato con il Balzan - ha retrodatato a 300 mila anni, 100 mila in più rispetto a quanto si stimava prima del 2017, quando nel sito di Djebel Irhoud, in Marocco, ha scoperto il più antico esemplare di *Homo sapiens* in Africa, spostando così l'arrivo dei nostri antenati in Europa. Lo studio dei due evolucionisti, di fatto, converge su un punto in particolare: lo studio del DNA può raccontarci non solo chi siamo stati, ma anche che cosa potrebbe accadere alla nostra specie in futuro.

«Il DNA antico ci dice il contrario di quello che pensavamo in precedenza e cioè che gli esseri umani sono stati estremamente mobili: le persone si sono meschiate, divise, e di nuovo mischiate tra gruppi differenti. Questo significa - spiega Eske Willersev - che viviamo in un mondo molto giovane. Parlando della Danimarca, per

esempio, sappiamo che le etnie attuali hanno al massimo 5 mila anni. La conseguenza è che parlare di razze non ha alcun senso, perché siamo il prodotto di migrazioni e mescolanza». Gli studi pionieristici del professore danese hanno permesso di recuperare il DNA antico dai denti di scheletri ritrovati nelle fosse comuni, aprendo la strada a uno scenario ancora tutto da indagare: lo studio di agenti patogeni antichi migliaia di anni potrebbe anticipare la conoscenza di malattie o di epidemie di domani.

«Molti dei patogeni attuali sono decisamente più vecchi di quello che possiamo credere e alcune pandemie sono state in circolazione anche per 3 mila anni, prima che ne arrivasse una nuova. Andando indietro nel tempo - spiega Willersev - possiamo verificare l'enorme diversità di ogni patogeno e questo ci potrebbe fornire una sorta di "road map" su come quei patogeni potrebbero mutare in futuro, perché, se una certa combinazione ha avuto successo nel passato, è probabile che un certo patogeno torni di nuovo». Solo con il Covid-19 ci siamo resi conto di quanto possa essere devastante una pandemia anche nel mondo contemporaneo: ecco, allora, che gli studi di Willersev sulle malattie del passato, le cui tracce restano nel DNA antico rinvenuto nei denti degli scheletri, potrebbero essere utili per lo sviluppo di nuovi vaccini.

«Nel 2015 abbiamo scoperto che questi patogeni sopravvivono sui denti: ricorrendo all'IA, per esempio, si potrebbero usare i dati per realizzare una mappa di come molte malattie sono sopravvissute nei millenni e delle loro mutazioni nel tempo, sviluppando così un modello predittivo di come potrebbero ancora trasformarsi nel futuro: quindi,

in un certo senso, potremmo prevenirle». Se le scoperte scientifiche, nel corso della storia, hanno posto le basi per il superamento di molte malattie, oggi l'indagine continua e la minaccia climatica rappresenta un'emergenza globale, al pari di una nuova pandemia.

«Non penso che il clima ci porterà all'estinzione, perché tanti suoi cambiamenti si sono già verificati in passato e non siamo spariti. Di certo - sottolinea Jean-Jacques Hublin - avremo molte difficoltà e, tuttavia, l'uomo di oggi è consapevole di quello che sta accadendo e può, quindi, rallentarlo o fermarlo. In ogni caso l'essere umano non smette di trasformarsi». Ciò significa che i *Sapiens* sono chiamati ancora una volta ad adattarsi. A difendersi sia dalle malattie sia dalle variazioni climatiche. «Ogni gruppo nel mondo ha un adattamento specifico all'ambiente e con il mixing dei geni si rafforza la sopravvivenza, perché il clima è sempre cambiato, più velocemente o più lentamente: diversità significa adattarsi. Quando si diffuse l'Hiv, milioni di persone morirono, ma alcune in Africa erano resistenti al virus: per qualche ragione hanno sviluppato un'immunità genetica. È così che funziona. Con ogni minaccia che riguarda la nostra salute».



I BIOMARCATORI

La longevità?

Si legge

nel sangue

di **MATTEO GRITTANI**

Creatinina, glucosio e acido urico. Potrebbero essere questi i principali biomarcatori da tenere d'occhio per vivere più a lungo in salute. I ricercatori che studiano i processi di invecchiamento sono sempre più convinti che il segreto della longevità vada cercato nelle analisi del sangue dei centenari, che ci possono dare indicazioni molto utili su stile di vita e abitudini più sane da adottare. A confermarlo è un recente studio del Karolinska Institutet di Stoccolma pubblicato sulla prestigiosa rivista *GeroScience*.

Il gruppo di ricerca guidato da Karin Modig, professoressa di Epidemiologia nel polo medico svedese, ha tracciato un "identikit biologico" dei centenari, basandosi sui valori più frequenti di 12 biomarker presenti nelle loro analisi del sangue. Colesterolo e glucosio, marcatori del metabolismo, acido urico per l'infiammazione, creatinina per misurare lo stato di salute dei reni e poi altri enzimi come l'alanina aminotransferasi e l'albumina, collegati al fegato, sono solo alcuni esempi. «Dai risultati - spiega Modig - emerge che chi, a cominciare dal sessantesimo anno di età, mostrava livelli di glucosio, creatinina e acido urico più bassi ha poi avuto probabilità maggiori di superare i 100 anni». Modig e colleghi hanno utilizzato dati provenienti da Amoris,

un grande studio prospettico svedese che ha raccolto analisi del sangue di oltre 44 mila persone in Svezia, seguite per 10 anni con test di laboratorio, questionari e visite frontali. Di queste, circa 1200 hanno raggiunto i 100 anni, ovvero il 2,7% del totale monitorato, in linea con le statistiche demografiche svedesi. Qual è quindi oggi la ricetta della longevità? «Il nostro studio non ha indagato o prodotto conclusioni su quali stili di vita siano migliori di altri», risponde Modig. «Ma i biomarcatori monitorati - prosegue l'esperta - ci permettono di individuare fattori legati a stile di vita e alimentazione a cui prestare attenzione: dall'obesità all'iperglicemia, dal consumo di sale, a quello di alcool e sigarette».



1

Maculopatia

È importante effettuare i controlli anche prima dei 50 anni

2

Fecondazione assistita

Gli scienziati indagano i possibili effetti avversi

3

Centenari

Nel loro sangue i segreti per vivere più a lungo in salute



Diabete e celiachia si farà lo screening

L'Italia è il primo Paese che introduce i due test nella fascia 1-17 anni per le malattie autoimmuni più frequenti. Con l'obiettivo di individuare i soggetti a rischio e scongiurare le complicanze

di EMANUELE BOSI e CARLO CATASSI

Il 15 settembre scorso il Parlamento ha votato all'unanimità una legge (numero 130/2023) che introduce un programma pluriennale di screening su base nazionale nella popolazione pediatrica, di età compresa tra uno e 17 anni, per identificare i soggetti a rischio per diabete di tipo 1 e malattia celiaca. Obiettivo del provvedimento, promosso dalla Fondazione Italiana Diabete, è ridurre il peso di queste due malattie croniche sulla salute pubblica.

Obiettivi specifici sono: prevenzione della chetoacidosi diabetica associata alla diagnosi tardiva di diabete di tipo 1; identificazione dei casi di diabete di tipo 1 in fase pre-clinica, suscettibili di interventi per rallentare la progressione o potenzialmente prevenire la malattia; identificazione dei casi di celiachia non diagnosticata per consentire un trattamento tempestivo con una dieta priva di glutine e prevenzione delle relative complicanze intestinali e non-intestinali. Strumento dello screening è la misurazione degli autoanticorpi, marcatori e predittori delle due malattie, in piccoli campioni di sangue capillare.

Diabete di tipo 1 e celiachia sono due malattie distinte, che in alcuni casi possono coesistere e che condividono diverse caratteristiche quali l'origine autoimmune (cioè causate da un meccanismo alterato del sistema immunitario, che da difensivo diviene distruttivo), una simile predisposizione genetica, una lunga fase pre-sintomatica, associata alla presenza di autoanticorpi

specifici e una crescita continua del numero di nuovi casi nel corso degli ultimi decenni, soprattutto in età infantile e adolescenziale, la cui causa non è nota.

Il diabete di tipo 1 consegue alla distruzione delle cellule che all'interno delle isole pancreatiche producono l'insulina. La malattia si manifesta clinicamente con iperglicemia (che si manifesta con diuresi abbondante, sete intensa, nausea, rapida perdita di peso) e talvolta anche chetoacidosi, una complicanza potenzialmente mortale, se non trattata tempestivamente. A lungo termine, un controllo non ottimale dei valori di glicemia comporta il rischio di sviluppare complicanze croniche e potenzialmente invalidanti quali retinopatia, nefropatia, neuropatia, amputazioni per piede diabetico, aumentato rischio di infarto del miocardio, ictus cerebrale e ischemia agli arti inferiori.

La terapia è la somministrazione a vita di insulina, con iniezioni multiple giornaliere oppure microinfusori, unita a un monitoraggio dei valori di glicemia, oggi possibile anche mediante l'impiego di sensori. La causa della malattia è sconosciuta, ma il meccanismo all'origine della distruzione delle



cellule è autoimmune. Uno degli avanzamenti più importanti della ricerca è l'evidenza che esiste un lungo periodo di incubazione della malattia, totalmente asintomatico, che può essere riconosciuto attraverso il riscontro nel sangue di autoanticorpi (anti-GAD, anti-insulina, anti-IA2, anti-ZnT8) e la cui misurazione rappresenta lo strumento più efficace per l'individuazione di soggetti a rischio. Soggetti nei quali è possibile realizzare un monitoraggio per la diagnosi precoce e la prevenzione della chetoacidosi e, al tempo stesso, considerare interventi per la prevenzione, nel medio e lungo termine.

La celiachia è una malattia intestinale cronica, causata da intolleranza permanente al glutine contenuto in alcuni cereali (frumento, orzo e segale), che si manifesta in soggetti geneticamente predisposti. Il glutine, costituito dalle gliadine e dalle glutenine, rappresenta la frazione proteica più importante del frumento (80 per cento circa), cereale basilare

utilizzato per la produzione di pane, focacce, biscotti e di altri alimenti da forno. La predisposizione genetica è associata ad alcuni genotipi del sistema Hla.

Nella persona con celiachia l'ingestione di alimenti con glutine attiva una risposta autoimmune rivolta contro la mucosa del piccolo intestino, a cui consegue una severa infiammazione con atrofia dei villi intestinali e ipertrofia delle cripte. Le conseguenze cliniche si manifestano con sintomi che dipendono sia dall'infiammazione intestinale (diarrea, dolori, gonfiore) sia dal malassorbimento (perdita di peso, rallentamento della crescita nei bambini, ridotta mineralizzazione ossea). La terapia consiste nella rimozione a vita del glutine dalla dieta.

Oggi, in Italia, oltre il 50 per cento delle persone affette da celiachia non è individuata, per la sintomatologia lieve oppure atipica: questi casi, quindi, rimangono esposti al rischio di complicanze tardive quali osteoporosi,

anemia sideropenica, infertilità, oltre ad alcune forme tumorali (soprattutto il linfoma intestinale). Il test diagnostico per la celiachia segnala la presenza nel sangue di autoanticorpi anti-transglutaminasi.

Pertanto, uno screening combinato per l'identificazione precoce della fase pre-sintomatica del diabete di tipo 1 oppure della celiachia silente è un intervento di primaria importanza, capace di ridurre il peso conseguente alla diagnosi mancata o tardiva delle due malattie croniche più frequenti in quella fascia di età. La nuova legge promuove questo screening nazionale a programma di Salute Pubblica, da incorporare all'interno del Sistema sanitario nazionale.

Programmi di screening simili esistono in diversi Paesi nel mondo, ma nessuno li ha incorporati in leggi a carattere nazionale. L'Italia è il primo grande Paese a farlo.

CHI SONO



EMANUELE BOSI

Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università Vita-Salute San Raffaele e Primario di Medicina e Diabetologia all'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano, dove dirige il Centro Fid/Innodia per lo screening e la prevenzione del diabete di tipo 1



CARLO CATASSI

Professore a contratto presso il Center for Celiac Research and Treatment del Mass Children Hospital di Boston. È stato ordinario di Pediatria e direttore della Scuola di specializzazione in Pediatria all'Università Politecnica delle Marche



Pma: quanti rischi per le over 40

Avere un figlio con le tecniche di procreazione assistita aumenta i rischi di complicanze vascolari, parti pretermine e anche tagli cesarei: lo evidenzia una vasta ricerca condotta su 500 donne. Emerge quindi l'importanza di un percorso ad hoc

di PAOLA AROSIO



Una gravidanza oltre i 40 anni, si sa, aumenta i rischi per la salute, sia delle mamme sia del bambino. La novità è che le complicanze sarebbero maggiori nel caso dei concepimenti avvenuti tramite riproduzione assistita rispetto a quelli accaduti spontaneamente.

Lo sostiene uno studio, recentemente pubblicato sull'*International Journal of Gynecology & Obstetrics*, condotto da un gruppo di ricercatori dell'Ospedale universitario Paule de Viguier di Tolosa, in Francia, una struttura che conta oltre 5 mila nascite all'anno. La ricerca ha coinvolto 532 donne di almeno 42 anni che avevano partorito tra il 2014 e il 2019. Di queste, il 63% aveva avuto una gravidanza spontanea, mentre il 27,6% aveva fatto ricorso alla riproduzione assistita.

Nell'analisi gli specialisti hanno rilevato vari parametri. Una prima rilevazione ha riguardato le caratteristiche delle mamme: età gestazionale al momento del parto, modalità di concepimento, indice di massa corporea, peso acquisito durante la gestazione, fumo prima della gravidanza, malattie preesistenti, come tromboembolismo, patologie autoimmuni, pressione alta (ipertensione).

Una seconda rilevazione ha interessato, invece, le complicanze insorte, tra cui diabete gestazionale, ipertensione, preeclampsia (ipertensione e presenza di proteine nelle urine, un tempo nota come gestosi), emolisi (distruzione dei globuli rossi), sin-

drome Hellyp (Hemolysis elevated liver enzymes low platelet count, ovvero emolisi con elevati enzimi epatici e basso numero di piastrine), ematoma retroplacentare (sangue tra utero e placenta dovuto al distacco di quest'ultima), placenta previa (cioè impiantata in prossimità della cervice, nella parte inferiore dell'utero), minaccia di parto pretermine, rottura prematura delle membrane, interruzione di gravidanza, anemia.

Una terza rilevazione ha riguardato, infine, i dati sul parto, come settimane di gestazione, modalità (parto vaginale spontaneo con o senza assistenza strumentale, taglio cesareo programmato o d'emergenza), eventuali problemi insorti, come emorragia o preeclampsia post-partum.

Gli esperti hanno poi studiato le donne che avevano fatto ricorso alla riproduzione assistita, suddividendola in due categorie: la prima comprendeva tecniche in cui erano stati utilizzati i gameti della coppia, quindi inseminazione uterina, in provetta o Icsi (l'iniezione di un singolo spermatozoo in un singolo ovocita), la seconda includeva, invece, la donazione di ovociti o di sperma oppure di en-



trambi.

Al termine dell'analisi, è risultato un tasso di tagli cesarei del 36,7% per le gravidanze spontanee e del 65,3% per quelle derivanti da fecondazione assistita. «Queste percentuali risultano inferiori rispetto a quelle della maggior parte degli studi, che rilevano tassi superiori al 55% tra le donne che si sono sottoposte a fecondazione in vitro e al 75% tra quelle che hanno ricevuto una donazione di ovociti», commenta Mickael Allouche, ostetrico e ginecologo del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Paule de Viguiet, oltre che autore dello studio.

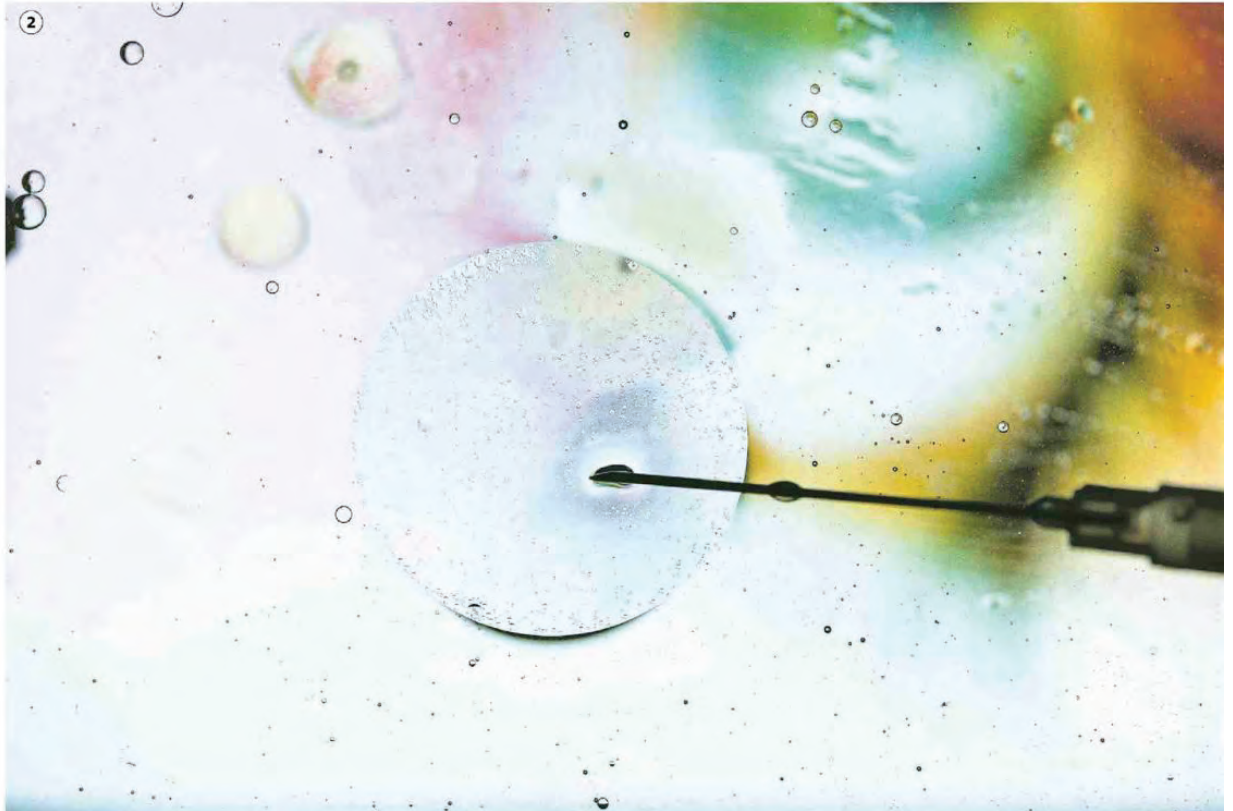
La quota di parti pretermine, cioè prima delle 37 settimane di gestazione, è stata del 17% per le gravidanze spontanee e del 29,3% per quelle medicalmente assistite, anche se - fanno notare i ricercatori - «questo rischio non può essere attribuito solo alla modalità di concepimento». Inoltre, nel gruppo di donne che hanno fatto ricorso ai metodi di concepimento assistito si sono verificati un'incidenza più alta di preeclampsia e un rischio più elevato di complicanze vascolari rispetto al gruppo in cui la gravidanza si è verificata spontaneamente. In

particolare, il pericolo di sviluppare preeclampsia durante la gestazione è aumentato fino a quattro volte nel primo gruppo rispetto al secondo.

«Alla luce del crescente aumento di gravidanze in tarda età e del conseguente incremento di eventi avversi è importante fornire a tutte le pazienti, e soprattutto a quelle che hanno fatto ricorso a tecniche di procreazione assistita, informazioni complete ed esaustive, in modo da impostare controlli personalizzati e individuare eventuali patologie il più precocemente possibile», suggerisce Allouche. «Affinché ciò si realizzi, è fondamentale la collaborazione tra tutte le figure professionali coinvolte nel percorso, ovvero ginecologi, ostetriche, nutrizionisti, pediatri, psicologi».

QUALI SONO LE TECNICHE

La procreazione medicalmente assistita (fecondazione assistita) si avvale di diverse tecniche, scelte in base alla situazione della coppia. La più semplice è l'inseminazione artificiale (introduzione del seme maschile in vagina); le tecniche di fecondazione in vitro - quindi esterne al corpo femminile - sono la Fivet (spermatozoi a contatto con ovociti, l'embrione di migliore qualità viene poi trasferito in utero) o l'Icsi (un singolo spermatozoo viene iniettato in un ovocita e l'embrione migliore viene trasferito). Le tecniche possono essere utilizzate anche con gameti donati, sia femminili sia maschili. Questa fecondazione si chiama eterologa.



LE ISPEZIONI, IL CASO POLITICO

Cambio di genere, le famiglie: «Non fermate le terapie a Careggi»

Si accende la polemica politica al secondo giorno dell'ispezione ordinata dal ministero della Salute al centro per la disforia di genere del policlinico di Careggi. Pd e Arcigay parlano di «atteggiamento persecutorio», Schillaci assicura che i controlli non sono «un gesto punitivo». Le mamme dei ragazzi seguiti dal centro chiedono di non fermare le terapie: «Hanno salvato i nostri figli».

a pagina 2 Gori

Cambio di sesso, bufera su Careggi Le mamme: non fermate le terapie

Entro 15 giorni la relazione degli ispettori al ministero. I familiari dei ragazzi: hanno salvato i nostri figli

Entro 15 giorni gli ispettori governativi consegneranno al ministro della Salute, Orazio Schillaci, la relazione con i risultati delle indagini svolte negli ultimi due giorni a Careggi. Sotto la lente c'è il centro che somministra agli adolescenti con disforia di genere un farmaco che blocca lo sviluppo dei caratteri sessuali, la triptorelina. Ma le mamme di quei giovani si ribellano: «Abbiamo paura che l'ispezione possa incidere sul percorso avviato dai nostri figli — racconta la madre di una 17 enne seguita da 4 anni da Careggi — E hanno paura i nostri figli, paura di interrompere le cure. Speriamo che dall'ispezione venga fuori la verità, che le cose sono fatte bene». Quell'ambulatorio «è stata la nostra salvezza, mia figlia si è sentita subito capita — aggiunge la donna — Ha iniziato un percorso psicologico durato diversi mesi, poi la terapia con il bloccante. Era un ragazzino che non trovava il suo posto nel mondo e quel centro gli ha cambiato la vita».

Sono 26 le persone trattate con triptorelina a Careggi nel

2023, una sessantina nei 9 anni precedenti. Alcuni, come nel caso della 17enne, arrivano da fuori Toscana: «Nella nostra città la psicologa ci aveva detto di aspettare che avesse 18 anni, ma non so se mia figlia ci sarebbe arrivata, avevo paura che facesse qualcosa di brutto — prosegue — Careggi è stata la salvezza. Sarebbe un grosso problema se andassero davvero a colpire il migliore centro in Italia».

Sempre da fuori Toscana, c'è il caso di un'altra giovane: «Tra poco mia figlia avrà 18 anni — dice sua madre — C'è una visione distorta sul centro. Non è che le persone vanno a Careggi e gli fanno la "punturina", dal primo accesso passa tanto tempo: si fanno colloqui, visite, analisi». Una terza mamma racconta «la paura che ci sia una sospensione delle terapie. Careggi è un porto sicuro per i nostri figli e anche per noi famiglie perché riceviamo un supporto totale. Si sta giocando con la vita e la serenità delle persone».

Il ministro Schillaci, dal canto suo, spiega che l'ispezione «non è un gesto punitivo».

Il ministero, oltre a ribadire che chiederà una rivalutazione sul farmaco ad Aifa e al Comitato nazionale di Bioetica, con il capo della segreteria tecnica, Mara Campitiello, annuncia che attiverà un tavolo di esperti «per rendere omogenei i percorsi» tra i 23 centri italiani che trattano la disforia.

Sul caso Careggi — che non è l'unico centro italiano che somministra il farmaco a chi è affetto da disforia, ma è stato il primo in Italia dopo l'esempio dell'Olanda — è scontro politico. Da un lato, il senatore Maurizio Gasparri, di Forza Italia, ribadisce: «Noi vogliamo tutelare i bambini e le loro famiglie». Mentre il consigliere regionale di Forza Italia, Marco Stella (Fi), invoca un'audizione della dg di Careggi, Daniela Matarrese, in commissione Sanità. Fabrizio Rossi, coordinatore toscano di FdI, assicura che l'ispezione «garantisce tra-



sparenza».

Dall'altro, la Regione ha risposto alle contestazioni di Gasparri sull'assenza di un percorso psicologico per quegli adolescenti, spiegando che l'Asl Centro fa 800 sedute all'anno, mentre ora gli assessori alla Salute e alle Pari Opportunità, Simone Bezzini e Alessandra Nardini, aggiungono: «Si evitano strumentali».

lizzazioni», «preoccupa l'iniziativa del governo che ha già attaccato i diritti delle famiglie arcobaleno». Il segretario toscano Pd, Emanuele Fossi, parla di un'ispezione «anomala, che ha un sapore troppo politico e ideologico». Sul piede di guerra le associazioni Lgbtqia: e se Arcigay parla di un «atteggiamento perse-

cutorio» del governo, Gaynet annuncia una manifestazione nazionale di protesta, il 6 aprile a Roma.

Giulio Gori

Il ministro Schillaci

«I controlli non sono un gesto punitivo, faremo un tavolo per rendere omogenei i percorsi»

Il Pd e l'Arcigay

«Preoccupa l'iniziativa del governo, ha un atteggiamento persecutorio»

Sotto ispezione

Da martedì si trovano a Careggi nell'ambulatorio per la disforia di genere gli ispettori del ministero coadiuvati dal Nas

La vicenda

● Dopo un'interrogazione parlamentare del senatore Maurizio Gasparri, il ministero della Salute ha inviato i suoi ispettori all'ospedale di Careggi per indagare sul servizio che cura la disforia di genere

● In tutta Italia i centri che si occupano di disforia di genere sono 23 oltre ad altri in alcuni paesi del Nord Europa come l'Olanda

● A Careggi sono state 26 le persone trattate con triptorelina nel 2023, circa una sessantina nei nove anni di apertura dell'ambulatorio. Circa 800 le sedute psicologiche da parte dell'Asl Centro come spiegato dalla Regione



LA POLEMICA

Disforia di genere, ispettori al Careggi

È continuata anche nella giornata di ieri l'audit avviato dagli ispettori del ministero della Salute all'ospedale Careggi di Firenze per approfondimenti sull'iter adottato in merito al percorso di trattamento per la disforia di genere nei bambini e all'uso del farmaco triptorelina. La relazione degli esperti, afferma il capo della segreteria tecnica del ministro, Mara Campitiello, sarà consegnata al ministro Schillaci entro 15 giorni. Sulla base della relazione e delle valutazioni degli ispettori, il ministro se necessario valuterà eventuali decisioni o approfondimenti anche rispetto a una revisione dell'iter di trattamento. «È solo una verifica di quello che è stato fatto e se sono state seguite le normative vigenti. Non è un gesto punitivo assolutamente» ha

spiegato il ministro della Salute Orazio Schillaci a margine della presentazione a Roma dei dati dei trapianti e delle donazioni 2023. Il confronto con i clinici del nosocomio è in merito ai percorsi relativi al trattamento dei bambini con disforia di genere e all'uso del farmaco triptorelina (il farmaco che blocca la pubertà, ndr). Sulla vicenda non sono poche le reazioni. La Regione Toscana che si dice d'accordo sulla verifica chiede però di «evitare strumentalizzazioni politiche». «Che ci sia una riflessione sul merito è un elemento giusto, che noi accettiamo, ci confrontiamo con grande trasparenza con tutti gli attori che vogliono confrontarsi, ma evitiamo strumentalizzazioni po-

litiche su questioni estremamente delicate» ha sottolineato l'assessore regionale al diritto alla salute, Simone Bezzini. Sono attualmente 23 i centri riconosciuti in Italia per il trattamento della disforia di genere. Al fine di rendere omogenei i percorsi di gestione e anche l'approccio farmacologico rispetto al trattamento di tale condizione, sta per partire al ministero della Salute un tavolo di cui faranno parte esperti, rappresentanti delle società scientifiche interessate e del ministero. «Negli ultimi anni, e dopo il parere del comitato di bioetica sull'utilizzo del farmaco triptorelina per il trattamento della disforia di genere - spiega il capo della segreteria tecnica del ministero della Salute, Mara Campitiello - si è registrato un aumento dei centri prepo-

sti al trattamento di questa condizione e abilitati alla prescrizione del farmaco triptorelina. Sono passati infatti da 4 centri di 4-5 anni fa agli attuali 23». L'obiettivo del tavolo che partirà a breve, ha spiegato Campitiello, «è proprio quello di rendere uniformi ed omogenei i percorsi adottati nelle varie strutture. Saranno coinvolti i massimi esperti in materia e le società scientifiche».

Schillaci: a Firenze solo verifica non è un gesto punitivo. Regione Toscana: evitare strumentalizzazioni. In Italia 23 centri riconosciuti per il trattamento di genere



Il Careggi di Firenze/ANSA



Sanità

Medici e infermieri la carica degli inidonei nella lista nera ospedale per ospedale

di **Clemente Pistilli** • a pagina 5



SANITÀ

Chi non fa le notti o non solleva pesi Inidonei, la black list della Regione

Al San Camillo
283 dottori non
possono fare sforzi
e all'Umberto I 231
esonerati dalle guardie
In tutto sono 11.500
Pugno duro di Rocca

di **Clemente Pistilli**

Al San Camillo 283 medici non possono alzare pesi, impossibilitati anche a spostare un paziente da un letto all'altro, mentre all'Umberto I 231 medici non possono fare i turni di notte. Inabilità certificate dall'apposita commissione interna a ogni azienda e che di fatto, in una situazione in cui mancano circa 12mila sanitari nel Lazio,

rende inutilizzabili percentuali enormi della forza lavoro disponibile. Personale che deve essere adibito ad altre mansioni, lasciando sempre più sgarniti soprattutto i reparti critici. La Regione Lazio, temendo che davanti a migliaia di malattie e disastrose situazioni familiari si celino troppi furbetti, è decisa a dare un giro di vite ed è partita da una mappatura dei cosiddetti minor aggravati nei vari isti-

tuti di ricerca, aziende sanitarie e ospedaliere del territorio. Un documento che rappresenta una geografia del disagio e su cui gli uffici del presidente Francesco Rocca, che ha mantenuto anche



la delega alla sanità, stanno indagando.

Ecco dunque che si scopre il particolare che al San Camillo non vi sono solo gli infermieri che non possono alzare pesi: 103 di loro sono esonerati dal lavoro notturno, 128 per «movimentare carichi» hanno bisogno di aiuto e altri 101 hanno «altre limitazioni». All'Umberto I, oltre al problema dei medici, ci sono 237 infermieri esonerati dall'alzare pesi, 380 che per farlo devono essere aiutati e 260 che non possono fare un turno notturno. Al San Giovanni invece di infermieri con la schiena a pezzi ce ne sono 186 e 139 sono quelli che devono evitare l'esposizione ad agenti biologici. Al Sant'Andrea i medici esonerati dalle guardie sono 34 e al Ptv quelli che al calar del buio non possono essere in ospedale sono 10. E l'Ares 118,

che si occupa delle emergenze e che con il lavoro in ambulanza ha il proprio personale sottoposto a continui stress fisici e psicologici? Ben 135 infermieri hanno un'invalidità o una disabilità. Passando alle Asl, e sempre per fare solo degli esempi, 10 medici e altrettanti infermieri non possono avere contatti con il pubblico alla Roma 1, alla Roma 2 gli infermieri che non possono fare sforzi sono 127 e 50 quelli esonerati dal lavoro notturno, attività che non possono svolgere altrettanti medici, e alla Roma 5 a non poter sollevare pesi sono addirittura 177 infermieri, a cui se ne aggiungono 422 con invalidità o disabilità, problemi tra l'altro che riguardano anche 120 unità tra tecnici e amministrativi. Sempre per quanto riguarda le Aziende sanitarie, alla Roma 6 gli infermieri che non possono fare sforzi

sono 102 e la stessa difficoltà è stata riscontrata in 79 oss, ma a Frosinone, sempre per gli infermieri con mal di schiena, si arriva a quota 285.

In totale i medici a cui è stata certificata qualche inabilità nel Lazio sono 1.730 su un totale di 9.805, gli infermieri 6.445 su 24.477, e gli oss 1.225 su 3.456. Vanno quindi aggiunti 136 dirigenti sanitari non medici, 982 tecnici e 973 amministrativi. Per un totale di 11.500 unità. Un esercito. Su cui Rocca, pur sapendo che dovrà affrontare battaglie sindacali e legali dure, è deciso a riportare ordine, sperando di recuperare risorse fondamentali per un sistema in cui la carenza di personale è uno dei mali principali.



▲ **In corsia** Personale sanitario al lavoro nella corsia di un ospedale



L'inchiesta

“Voleva corrompere D’Amato” Angelucci davanti ai pm

di Giuseppe Scarpa • a pagina 5

L'indagine

“Voleva corrompere D’Amato” Angelucci interrogato dai pm L’inchiesta riparte da zero

Per un errore di notifica è stata ritenuta nulla la richiesta di processo nei confronti del re della sanità privata

di Giuseppe Scarpa

Riparte tutto dall’inizio, con un interrogatorio blindato. È l’indagine per tentata corruzione che riguarda Antonio Angelucci, imprenditore, editore e politico, deputato della Lega. Comincia tutto dal principio, come nel gioco dell’Oca. L’accusa, mossa dall’ex assessore alla sanità della Regione Lazio, Alessio D’Amato, era stata netta: Angelucci aveva provato a corromperlo. Nei giorni scorsi il parlamentare, accompagnato dai suoi legali Franco Coppi e Pasquale Bartolo, per un’ora ha raccontato la sua versione al pm Gennaro Varone, titolare del fascicolo. Per Angelucci le accuse di D’Amato sarebbero calunniose.

L’inchiesta ha avuto un iter molto tortuoso, poiché la procura, in passato, aveva chiesto il rinvio a giudizio per questa vicenda nei confronti di Angelucci. Tuttavia, il gup aveva eccepito un difetto di notifica nei confronti del politico e aveva rispe-

ditato il fascicolo al magistrato titolare dell’inchiesta che ha iniziato di nuovo l’indagine. Una contorsione burocratica giuridica. Quindi, per essere chiari, ci sarebbe stata una prima indagine rispedita al mittente a cui fa

seguito, adesso, una seconda inchiesta che si fonda sulla stessa accusa della prima e su cui, adesso, i magistrati stanno nuovamente lavorando.

Ma su cosa si basa l’intera vicenda? In pratica Angelucci, uomo forte della sanità privata con una «stecca» da 250mila euro avrebbe tentato di comprare la funzione di D’Amato, all’epoca braccio destro nella sanità del Lazio del governatore del Pd Nicola Zingaretti. Gli inquirenti, nella prima inchiesta, lo accusavano per aver tentato di manipolare a suo vantaggio la politica sanitaria della Regione. Una vicenda che fa riferimento al «tavolo di conciliazione» indetto a dicembre 2017 dal prefetto di Roma per la crisi occupazionale minacciata dal Gruppo San Raffaele – riconducibile alla famiglia Angelucci – per vedersi riconoscere presunte «pretese economiche».

Secondo i pubblici ministeri

Angelucci aveva «avanzato – si legge negli atti della prima inchiesta – alla Regione Lazio una richiesta di pagamento di pretesi crediti della struttura San Raffaele Velletri, alla quale era stato revocato l’accredito presso il Servizio sanitario regionale a causa di gravi irregolarità».

Stando ai documenti la «richiesta era ritenuta infondata ed irricevibile dall’assessorato alla Sanità della Regione Lazio ed, in particolare, da D’Amato, dirigente con qualifica di Responsabile della Cabina di regia del Servizio sanitario regionale, incaricato di monitorare le azioni per il rientro del disavanzo sanitario regionale».

Ed è in questa fase – secondo le indagini del Nucleo di polizia economico-finanziaria della guardia di finanza di Roma –



che Angelucci avrebbe istigato alla corruzione D'Amato. Negli atti, infatti, si legge che «prometteva al pubblico ufficiale (...) il pagamento di una somma di denaro pari a complessivi 250mila euro, dei quali 50mila gli sarebbero stati, asseritamente, consegnati subito, qualora questi avesse avallato la suddetta richiesta». Richiesta, a quanto

emerge, rimandata al mittente. Adesso l'indagine è ripartita con un interrogatorio che, nella prima inchiesta, non c'era stato.



► **L'imprenditore**
Antonio Angelucci, imprenditore, editore e politico, deputato della Lega



Ricerca e robotica, Campus BioMedico da record

Roma, con oltre 7.000 pazienti e mille studi clinici primo via libera per diventare Irccs

ROMA Ventisei programmi e 60 unità di ricerca. Seicento studi clinici in atto e 398 già effettuati. Oltre settemila pazienti. In questi dati, che verranno presentati oggi nell'ambito della Giornata della ricerca (a cui prenderanno parte tra gli altri anche Orazio Schillaci e Giancarlo Giorgetti, ministri della Salute e dell'Economia, e Fabrizio D'Ascenzo, presidente Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro), è racchiusa l'attività scientifica della Fondazione Policlinico universitario Campus BioMedico di Roma.

«La Giornata sarà focalizzata su ricerca clinica traslazionale e robotica applicata — ha spiegato Vincenzo Denaro, direttore scientifico della Fon-

dazione, professore ordinario di malattie dell'apparato locomotore e primario emerito di ortopedia e traumatologia — e avrà lo scopo di riferire i traguardi raggiunti in questi due anni nelle sperimentazioni sulla medicina rigenerativa e sulla robotica applicata alla chirurgia e all'ortopedia: un viaggio che promette nuove soluzioni per migliorare la qualità della vita dei pazienti».

Diversi gli ambiti di ricerca su cui la Fondazione, che ha anche avviato l'iter per ricevere dal ministero il riconoscimento di Irccs (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) incassando il mese scorso il parere positivo della Regione Lazio, ha concentrato le sue attività: l'intel-

ligenza artificiale, la medicina rigenerativa, la salute digitale, la genetica medica, l'analisi del movimento e i dispositivi protesici. «Gran parte del lavoro si è concentrato nella medicina rigenerativa del disco intervertebrale con cellule staminali autologhe, ovvero del paziente stesso — ha aggiunto Denaro —. Considerando anche che le patologie a carico della colonna, secondo Inail, sono la prima causa di invalidità momentanea e permanente dei lavoratori». Gli studi hanno riguardato poi l'utilizzo della cartilagine prelevata dal naso, espansa in laboratorio e quindi sostituita nelle grandi articolazioni, ma anche «la robotica applicata alla chirurgia addominale e urologica, della protesi del-

l'anca e del ginocchio, che consente, attraverso l'elaborazione di immagini, di navigare nel corpo per cercare patologie — conclude Denaro — con più sicurezza, maggiore facilità di recupero, minore perdita di sangue».

Clarida Salvatori**26**

I programmi di ricerca del Campus BioMedico, che ha sessanta unità di ricerca



Il polo
Il Policlinico universitario Campus BioMedico di Roma



È VITA

Palermo, l'hospice che ti segue a casa

Viana a pagina 15



L'hospice che ti segue anche a casa

PAOLO VIANA

Inviato a Palermo

«Un sogno solo». Salvatore ha avuto, come dice lui, un sogno solo per tutta la vita. Un sogno concepito e coltivato con lo sguardo e con la mente. «La meccanica». Ecco il sogno che non ti aspetti da un uomo che vive sdraiato su una poltrona che aiuta la moglie a sollevarlo e a portarlo sul balcone. Si vede il mare. E l'officina. Perché quel sogno lui continua a coltivarlo anche adesso: gli occhi vispi pensano ciò che non vedono. «Io sono la mente» risponde a chi gli chiede come fa a dirigere ancora l'officina di famiglia, ora che i motori li smonta e li rimonta suo figlio Luca. «Quando non so qualcosa lo chiamo al telefono e mi spiega – racconta il ragazzo – e, non so come, ma lui vede perfettamen-

te ciò che sto facendo». Se è fortunato, la mente non se ne andrà, neppure quando l'ultimo muscolo di Salvatore cesserà di funzionare. Questo palermitano settantenne non parla mai della sclerosi laterale amiotrofica, ma si può scommettere che sa tutto anche della Sla. Un acronimo che assomiglia al modello di un motore nautico, al nome di qualche strana valvola che non vedi ma che, giro dopo giro, blocca l'elica; per sempre. Fa strano parlar di mare, incontrandosi in una villetta arroccata sulle pendici del monte Pellegrino. Il Mediterraneo è in fondo in fondo, ma a Salvatore non pare interessarsi molto. Non è mai stato un lupo di mare: «Sono nato meccanico d'auto e mi sono convertito alla nautica perché la meccanica funziona



ovunque» ti racconta e spiega, a chi non lo sa, che si può capire il funzionamento di qualsiasi motore semplicemente immaginando di tagliarlo a metà. Sarà.

Non dev'essere altrettanto facile comprendere come e perché muoiano i neuroni, altrimenti Salvatore avrebbe trovato il modo di riparare anche quelli. La malattia è una sconfitta, un rompicapo invincibile persino per questo malato siciliano, abituato alle sfide. Non che l'abbia accettata. Infatti, quando si definisce "fortunato" parla della vita passata a lavorare anche nei dì di festa, con la gioia del fare, per rispettare i tempi di consegna di un'economia marittima che nei decenni scorsi cresceva a due cifre.

Salvatore è una Sicilia che non ti aspetti, esattamente come Sebastiano Mercadante. Il primario del reparto di Cure palliative dell'ospedale "La Maddalena" colleziona riconoscimenti internazionali. Era di sinistra, ma nella sanità pubblica non avrebbe avuto i fondi grazie ai quali La Maddalena Spa, clinica privata convenzionata con il Servizio sanitario regionale (Ssr), è diventato uno dei centri di riferimento internazionali nella terapia del dolore da cancro, e non solo. «Ogni ospedale dovrebbe avere un'unità acuti, in ciascun dipartimento, in cui gestire la transizione verso le cure palliative. Non si deve lasciare il paziente solo, ad affrontare un passaggio difficilissimo»

spiega il medico. È la conferma di quel che ci raccontano i famigliari dei ricoverati all'hospice: troppe volte, il silenzio degli oncologi è rot-

to solo da un infermiere che promette «non la faremo soffrire» a un malato che è ancora autonomo e che viene lasciato nei suoi silenzi assordanti a scrutare nello specchio di casa l'avanzare della morte, giorno dopo giorno, nel corpo e nel viso.

Alla Maddalena sono venticinque anni che si esplorano strade diverse. «Per noi le cure palliative non sono confinate nel fine vita - continua il primario, che dirige l'unità operativa (12 posti letto), l'hospice (10 posti letto) ed è responsabile scientifico della Samot (Società assistenza malato oncologico terminale) onlus, che assicura l'assistenza domiciliare a 800 pazienti al giorno - ma bisogna ancora far capire a molti colleghi medici che la condizione di inguaribilità non è necessariamente una fase rapida, da confinare e dimenticare in un hospice».

La Maddalena, il nosocomio noto ai più per aver ricoverato il boss Messina Denaro, è all'avanguardia per la diversificazione delle patologie degli inguaribili. Non solo oncologici e cardiologici, ma anche malati di Sla. «Presto pubblicheremo una ricerca - sottolinea - che dimostrerà come l'assistenza domiciliare palliativa aumenti la qualità e il tempo di vita della persona affetta da questa sclerosi».

Malgrado le tariffe esigue (dai 30 ai 60 euro a giornata, in base all'intensità assistenziale), la Samot, accreditata con il Ssr, riesce a seguire con i suoi 300 operatori ben 1.300 casi come quello di Salvatore (i malati di Sla sono un'ottantina), in convenzione con cinque Aziende pubbliche sanitarie dell'isola. «Lo stress è ele-

vato - spiega la responsabile Samot, Tania Piccione, presidente nazionale della Federazione Cure Palliative - ma ci siamo organizzati con supervisori e momenti di confronto per alleggerire il carico degli psicologi e dei paramedici impegnati nell'assistenza». La durata media di una presa in carico è di due mesi, ma ogni assistito resta un caso a sé.

*i cure
al fine
lizioni
ungo*



Vale soprattutto per Salvatore. La malattia che sta ingabbiando la mente nel corpo non si ferma, tuttavia neanche lui vuol fermarsi. Pensa alla fiera della nautica che organizzò, negli anni Ottanta, e che il figlio vorrebbe rilanciare. Si rammarica di non poter più aprire la scuola di meccanica che servirebbe al settore («i giovani non sanno molte cose, ma come si insegna una passione?») e pensa a Luca, che ha studiato informatica. Ormai ha capito che è un bene, «perché - ragiona - anche nel nostro campo domina l'elettronica».

Insomma, la mente corre, e se ne frega della sclerosi. Le medicine lo fanno dormire a lungo e lui a lungo sogna. «Sogno di lavorare, regolare motori ed eliche, provarle a mare, perché la prova di un motore nautico si deve fare in acqua». Il corpo viene mosso dalla poltrona

automatizzata, ma i pensieri camminano benissimo. Malattia o non malattia, Salvatore è la sua mente.

12-continua
Le puntate precedenti del nostro viaggio negli hospice italiani sono su Avvenire.it/Vita

Un esempio virtuoso di cure palliative non limitate al fine vita, ma aperte a condizioni che possono durare a lungo



Sopra, il primario Sebastiano Mercadante. A sinistra, il reparto di cure palliative.

