

**7 aprile 2025**

# **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**



# Presentata a Milano Health Ecole – Scuola di sanità

Francesca Morelli 5 Aprile 2025

È stata presentata a Milano “Health Ecole – Scuola di sanità”, un nuovo hub di formazione e dialogo fra gli interlocutori e stakeholder della filiera della salute, nato con l’obiettivo di rispondere alle sfide del sistema sanitario lombardo. Alla base del progetto una realtà forte, strutturata e consolidata: Ecole (Enti Confindustriali Lombardi per l’Education) per la formazione professionale e il successo dell’Area Sanità di Ecole.

## Da Ecole Health Ecole

Ecole fa squadra con altre Confindustrie del territorio regionale, quelle di Como, Lecco, Cremona, che affiancano Assolombarda, con l’Associazione dei produttori delle macchine utensili e AIOP.

Ecole forma ogni anno oltre 2 mila professionisti del mondo della sanità, in collaborazione con più di 300 professori universitari e esperti di settore e negli ultimi anni si è dotata anche di una piattaforma allargata, neutra, che attraverso il Forum della Sanità Futura, apre al dialogo tra i diversi interlocutori e stakeholder per il miglioramento del sistema in tutti i suoi aspetti: industria, sanità pubblica e privata, alcuni fra questi.

Fra i nuovi ingressi il tema del Value Proposition, nato da uno stimolo dell’ultimo Forum, teso a valutare non solo le centrali di acquisto, legate al mero costo ma al valore apportato al sistema dalle diverse tecnologie e forniture in termini di efficientamento per esempio, e l’ampliamento dell’offerta di formazione verso alcune figure e tematiche emergenti come il risk management. Stimoli che hanno indotto a

cerare dentro Ecolle una scuola di formazione di sanità dedicata: l'Health Ecolle.

«L'obiettivo di questa nuova realtà» spiega **Alvise Biffi**, presidente Ecolle e vicepresidente marketing, organizzazione e sviluppo Assolombarda «sarà quello di rispondere da un lato in maniera sempre più pratica e puntuale alle necessità formative di sistema di tutta la filiera della salute, offrendo percorsi innovativi e personalizzati che consentano ai professionisti di rimanere aggiornati sulle ultime evoluzioni e acquisire competenze specialistiche.

Dall'altro creare un ambiente di dialogo e scambio tra i rappresentanti istituzionali e i professionisti del settore per la nascita di collaborazioni e sinergie, oltre che la possibilità di benchmark con altre realtà».

## Il plauso di Regione Lombardia

Gli obiettivi di Health Ecolle sono supportati e condivisi dalle istituzioni regionali.

«Ritengo che sia fondamentale la collaborazione interistituzionale al fine di garantire una risposta pronta ed efficiente al bisogno di salute del cittadino generando, nello specifico, ricadute positive sul paziente.

Per la Direzione Generale Welfare Regione Lombardia», aggiunge il suo direttore generale **Mario Melazzini**, «è strategico motivare e professionalizzare non solo le figure manageriali, ma anche quei profili che nella quotidianità, nelle varie declinazioni e funzioni, permettono il buon funzionamento dell'intero sistema.

Penso, per esempio, ai professionisti che ogni giorno sono a disposizione, ciascuno per expertise e nei vari setting, per rispondere ai bisogni di salute, socio-sanitari e socio-assistenziali della persona, come OSS e infermieri. È inoltre di primaria importanza formare e motivare le figure di case management, rappresentate in modo particolare dal risk manager care, e sinergizzare l'ospedale con il territorio, quest'ultimo cruciale in quanto sul territorio si governa la domanda socio-sanitaria, e i suoi professionisti.

Quindi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, figure centrali affinché le case di comunità, gli ospedali di comunità siano realmente in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti, soprattutto per gestire meglio l'inappropriatezza quotidiana degli accessi presso i Pronto Soccorso.

Ulteriore aspetto da promuovere è l'attenzione al disagio legato alla salute mentale e al disagio giovanile che la Lombardia, regione di eccellenza in termini di alta specialità e innovazione, ha il dovere di affrontare.

Non ultimo va favorita e supportata l'innovazione, intesa come tutto ciò che sia sostenibile in un contesto di investimento e non di costo, con particolare attenzione alla ricerca e alla ricerca biomedica, ai modelli organizzativi e programmatici che possono avere ricadute positive.

Mi riferisco, per esempio, alla prevenzione: un investimento di un solo euro in prevenzione genera un risparmio di 4-5 euro in termini di salute. Ritengo infine che un importante lavoro vada fatto anche sulla formazione e prevenzione dell'infortunistica».

## Il valore del progetto

Health Ecol intende migliorare e potenziare dialogo e cooperazione con i decision maker, creato negli anni dall'Area Sanità di Ecol.

«L'arena formativa» dichiara **Cristian Ferraris**, direttore Organizzazione, Sviluppo, Marketing e Life Science Assolombarda «si presta ad affrontare tematiche emergenti e problematiche su un terreno neutro. Per questo, Health Ecol ha integrato i suoi organi consultivi con rappresentanti apicali dell'ospedalità, delle associazioni, delle imprese farmaceutiche e dei dispositivi medici, di società scientifiche, di associazioni di categoria di professionisti e di realtà istituzionali di rilievo nel panorama lombardo».

Health Ecol si è dotata di due organi consuntivi, un comitato tecnico scientifico che darà linea alle attività della Scuola, formato da **Castelli Dario**, vicepresidente, Federfarma Lombardia; **Colombo Paola**, coordinatore Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente, DG Welfare, Regione Lombardia; **Ferraris Cristian**, direttore Organizzazione, Sviluppo, Marketing e Life Science, Assolombarda; **Guglielmetti Chiara**, professore in Psicologia Sociale, Università degli Studi di Milano; **Macchi Luigi**, già vicario Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia; **Manfredi Antonio**, direttore sanitario ASST Bergamo Ovest; **Pace Stefania**, presidente OPI Brescia; **Pedrini Paola**, segretario regionale FIMMG Lombardia; **Vago Gianluca**, presidente CNAO.

Secondo organo, un Advisory Board, composto da figure apicali di realtà ospedaliere private accreditate e rappresentanti di Confindustria dispositivi medici e Farminindustria: **Dentali Francesco**, Presidente FADOI; **Glorioso Valeria**, Direttore del Centro Studi, Confindustria Dispositivi Medici; **Lopane Felice**, Managing Director Cluster lombardo scienze della vita; **Marcellino Valerio**, Presidente **ARIS** Lombardia, **Nicchio Michele**, Presidente AIOP Lombardia; **Nocco Umberto**, Presidente Associazione Italiani Ingegneri Clinici; **Viganò Gian Luca**, Presidente ALE; **Zibellini Marco**, Direttore Direzione Tecnico Scientifica; Farminindustria. È in definizione il nome del delegato SIFO.

## Le prime progettualità

Sono quattro i progetti verticali cui si dedicherà Health Ecol: «si partirà con il Forum Sanità Futura 2025» precisa **Lorenzo Minetti**, Head of Health Ecol, «che da maggio vedrà il confronto tra diversi rappresentanti istituzionali della Direzione Generale Welfare ed esperti lombardi sui temi del Procurement & Health Technology Assessment (HTA), Ricerca & Sviluppo, Connected Care e Sanità integrativa, welfare e benessere organizzativo. Inoltre sarà sviluppato un corso di formazione per OSS e Ausiliari Socio Assistenziali, un workshop sull'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale in ambito formativo e amministrativo e la formazione Executive per professionisti delle Life Sciences per un aggiornamento sulle evoluzioni del sistema sanitario e sulle modalità di interazioni con i decision maker».

## Le sfide

«Ecol fornisce un supporto cruciale» conclude **Emanuele Monti**, presidente IX Commissione Sostenibilità Sociale, Casa, Salute di Regione Lombardia «stimolando riflessioni tecniche e promuovendo un approccio multidisciplinare. Facilita il dialogo e il

confronto tra diverse realtà, generando proposte a supporto delle decisioni politiche, su temi centrali per il nostro Paese, come la salute, pensando soprattutto all'evoluzione demografica.

Oggi un cittadino su 5 è over 65 anni, nel 2070 si passerà a 1 su 3 in una popolazione come quella Lombardia che conterà mille abitanti in meno. Tra le numerose questioni emerse in questi anni di collaborazione con Ecolife, ci sono alcune riflessioni sulle quali dobbiamo portare delle proposte e dei suggerimenti di policy a livello regionale e nazionale. Oltre alla già citata relazione con il territorio, con attenzione oltre agli ospedali anche alle RSA, altri temi cruciali riguardano i farmaci innovativi.

Aifa ha avviato una consultazione pubblica per raccogliere i pareri sul documento elaborato dalla Commissione scientifico-economica relativo all'attuazione del fondo per i farmaci innovativi. Questo fondo, riconosciuto a livello internazionale come un modello per l'accesso, l'innovazione e la ricerca, è stato recentemente potenziato con un ulteriore stanziamento di 300 milioni di euro nella ultima legge finanziaria.

L'obiettivo è raccogliere le proposte che emergeranno dalla consultazione per promuovere un dialogo aperto su temi fondamentali, quali la salute dei cittadini, le opportunità per le imprese e l'attrattività dell'Italia, e in particolare della Lombardia, nel settore biotech. A questa si affianca il tema dell'HTA su cui si discute dell'importanza di allineare l'Italia al protocollo europeo, tenendo conto delle necessità dei pazienti e della sostenibilità economica del nostro sistema sanitario e, non ultimo l'European Health Data Space, un ecosistema per la tutela e la condivisione dei dati.

Al riguardo c'è un protocollo di intesa europeo e l'auspicio-suggerimento è che l'Italia si possa candidare come luogo leader dei dati sanitari europei, identificando potenzialmente Regione Lombardia come rappresentante».

Il presidente Monti rivolge l'invito a Health Ecolife di sviluppare un Policy Paper sul tema per sostenere una candidatura lombarda italiana a ospitare l'European Health Data Space, oggi un protocollo, domani potenzialmente un'agenzia o uno strumento di grande valore per la Comunità Europea.



DIFENDIAMO  
L'EUROPA

## la Repubblica



VALLEVERDE

Fondatore  
EUGENIO SCALFARIDirettore  
MARIO ORFEO

R50



R design

Bellezza e ostilità  
al via la Milano Weekdi AURELIO MAGISTÀ  
a pagina 28

R sport

Pari tra Roma e Juve  
corsa Champions apertadi GAMBA e SCOTTI  
a pagina 34Lunedì  
7 aprile 2025

Anno 32 - N° 14

Doppio con

A&amp;F e I Piaceri del Gusto

Iniziale €2,50

## Dazi, pressing su Trump

Le aziende Big Tech chiedono il dietrofront sulle tariffe. La Casa Bianca: 50 Stati già trattano  
Ansia per la riapertura dei mercati. La richiesta di Meloni a Bruxelles: fermare il Green dealLa risposta  
che serve

di PAOLO GENTILONI

Resteranno impressi nella nostra memoria quei due fotogrammi alla Casa Bianca. Donald Trump, lavagna in pugno nel Giardino delle Rose, che dichiara la guerra commerciale; e Volodymyr Zelensky, maltrattato dal team presidenziale nello Studio Ovale. Sono due immagini che, collegate, mettono in scena il tramonto dell'Occidente per come l'abbiamo conosciuto. Minimizzare la gravità della guerra dei dazi, come ha fatto la Presidente del Consiglio Meloni, non è solo sbagliato. Può essere pericoloso per gli interessi del Paese.

Cominciamo col dire che l'impatto dei dazi può apparire marginale solo se lo misuriamo come fosse un mancato introito nella contabilità doganale (un impatto dei nuovi dazi di 14 miliardi, pari al 2,2% dell'export italiano). Tutti nel mondo, stanno misurando piuttosto la reazione a catena che l'annuncio di questa sconclusionata guerra commerciale provocherà.

continua a pagina 16

C'è dibattito negli Usa sui dazi imposti da Donald Trump. Elon Musk attacca pubblicamente Peter Navarro, consigliere per il commercio della Casa Bianca e teorico delle tariffe. Le aziende Big Tech americane, tra le più colpite dai cali in Borsa, fanno pressione su Trump affinché riveda la linea sui dazi. Ansia e incertezza in vista della riapertura dei mercati, si teme anche per i rischi di recessione negli Usa. Oggi un vertice europeo per studiare le contromosse, per l'Italia parteciperà il ministro degli Esteri Antonio Tajani. La premier Giorgia Meloni, che non vuole i contro-dazi, programma il bilaterale con Trump e chiede alla Ue di fermare il Green deal.

di BENNEWITZ, GUERRERA, LOMBARDI e TITO  
a pagina 2 a pagina 6Salvini insiste  
sul Viminale  
è scontro con Fdi

di CIRIACO, DE CICCO e PUCCIARELLI

a alle pagine 10 e 11

Ilaria, indagata  
la madre  
dell'assassino

Sarà iscritta oggi nel registro degli indagati la madre di Mark Antony Samson, il 24enne reo confessò dell'omicidio della sua ex fidanzata Ilaria Sula, di 22 anni. Gli inquirenti avevano trovato poco credibile la versione del ragazzo che diceva di aver fatto tutto da solo. La mamma lo avrebbe aiutato a ripulire la scena del delitto.

di MARCO CARTA  
a pagina 23La generazione  
scomparsa

LE IDEE

di CONCITA DE GREGORIO

Nella piccola città dove sono cresciuta quest'anno ci saranno quarantanove prime classi in meno, nella scuola pubblica, mi racconta un'amica che vive ancora lì e fa, ha fatto tutta la vita, la maestra. Le società sportive faticano a formare le squadre giovanili. Non ci sono abbastanza bambini. Cioè, per essere più precisi. Nella palestra dove andavamo da piccole, mi dice, ti ricordi? Eravamo sette squadre di ragazzini della stessa età, facevamo i tornei fra di noi. Quest'anno non si è arrivati a formare una sola squadra: gli iscritti sono meno di dieci, bisognerà rinunciare, indirizzarli a uno sport individuale.

a pagina 16



LA MANIFESTAZIONE

di GIOVANNI EGIDIO

L'onda blu a Bologna  
"L'Europa che vogliamo"

I servizi alle pagine 12 e 13



MAPPE

di ILVO DIAMANTI

Centri in Albania  
vincono i no  
tra gli italiani

C'è molto dibattito intorno ai Centri di permanenza per il rimpatrio, i Cpr, destinati ai cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno in attesa del rimpatrio. D'altra parte, la questione degli immigrati, in passato, ha costituito un argomento di polemica. Almentato, anzitutto e soprattutto, da destra. In particolare, dalla Lega.

a pagina 21

Il Papa riappare  
a San Pietro  
sorpresa per i fedelidi BOCCI e SCARAMUZZI  
a alle pagine 14 e 15

LA STORIA

di NATALIA ASPESI

Kokoschka e Alma  
un amore  
finito in bambola

Parigi, al Musée d'art moderne, un paio d'anni fa Giuseppina Manin vagava tra quadri nervosi, illuminati da violenza, dolcezza, colori brutali. Stava visitando la mostra di Oskar Kokoschka e rimase colpita da una fotografia in cui una giovane signora era inginocchiata accanto a un grande, forse orrendo pupazzo gettato su un divano.

a alle pagine 30 e 31

Scopri la polizza auto a consumo  
che è un vero affare.BZ Rebel  
Pay per you



## CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/6821  
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06/688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02/68707300  
mail: servizioclienti@corriere.it

DIFENDIAMO L'EUROPA



**La Lazio vince a Bergamo**  
**Pari tra Roma e Juve**  
**Oggi tocca al Napoli**  
cronaca, pagelle e commenti  
da pagina 38 a 41



**Domani in edicola**  
**Design Week,**  
**due inserti gratis**  
con il quotidiano 152 pagine  
sul Salone del Mobile



VALLEVERDE

Lega, riconfermato il segretario. Vannacci prende la tessera. Le Pen in video: noi in lotta come Martin Luther King

## Salvini: pronto per il Viminale

«Io disponibile, ne parlerò con la premier». L'irritazione di Piantedosi e degli alleati

ALLE PORTE  
DEL CAOSdi **Goffredo Buccini**

**G**iorni fa Vladimir Putin ha commentato i piani di Trump per l'annessione della Groenlandia. Li ha definiti «seri e storicamente fondati». Una dichiarazione forse un po' laterale, eppure assai utile per capire dove tira il vento geopolitico al solo leggerli in filigrana le «storiche» rivendicazioni russe sull'Ucraina. La Cina ha poi provveduto a dissipare gli ultimi dubbi in materia, dispiegando attorno a Taiwan navi e aerei per esercitazioni «a fuoco vivo».

continua a pagina 30

IL SILENZIO  
SUL FINE VITAdi **Marco Ascione**

**Q**uanto tempo ancora? Roma, 23 settembre 2006, Palazzo del Quirinale. «Caro Welby, ho ascoltato e letto con profonda partecipazione emotiva l'appello che lei ha voluto pubblicamente rivolgermi. (...) Penso che tra le mie responsabilità vi sia quella di ascoltare con la più grande attenzione quanti esprimano sentimenti e pongano problemi che non trovano risposta in decisioni del governo, del Parlamento, delle altre autorità cui esse competono».

continua a pagina 30

## LE MANIFESTAZIONI IN FRANCIA



Marine Le Pen con Jordan Bardella a Parigi (Michel Euler/Api)

## La sfida di Marine

di **Stefano Montefiori**

a pagina 5

Scompiglio nella maggioranza dopo l'esternazione di Matteo Salvini che si ricandida per il ministero dell'Interno, dopo la riconferma a segretario del Carroccio. Il messaggio di Le Pen.

da pagina 2 a pagina 4 **M. Cremonesi e Zapperi**

## ORSINI (CONFININDUSTRIA)

«Aiuti dal Pnrr anti barriere»

di **Federico Fubini**

**P**er aiutare le imprese colpite dai dazi americani, dice Emanuele Orsini, presidente di Confindustria, «propongo di attingere ai fondi non utilizzati dal Pnrr e dei fondi di coesione».

a pagina 12

## SCENARIO, EFFETTO TARIFFE

Così ci guadagna il contrabbando

di **Roberto Saviano**

**S**appiamo già, e con certezza, chi guadagnerà più di tutti dai dazi voluti dal presidente Donald Trump, non le aziende americane e nemmeno gli operai di Portland e Detroit: i contrabbandieri.

continua a pagina 11

## Vaticano Il Papa in sedia a rotelle a San Pietro per il Giubileo dei malati



Al termine della messa in piazza San Pietro papa Francesco, in sedia a rotelle e il nasetto per l'ossigeno, è sceso tra i fedeli (Vatican Media via Api)

La sorpresa di Francesco  
in piazza tra i fedeli: «Grazie»di **Gian Guido Vecchi**

a pagina 24

«Buona domenica a tutti e grazie»: con queste parole papa Francesco è comparso, a sorpresa, in piazza San Pietro, dove si stava celebrando il Giubileo dei malati. Il pontefice è apparso ancora sofferente e con le cannule nel naso.

## GIANNELLI

Oggi vertice del centrodestra  
Meloni negli Usa  
con un obiettivo:  
dimezzare i dazidi **Adriana Logroscino**

«Gorgia — dicono dalla maggioranza a proposito del bilaterale Meloni-Trump del 16 aprile — può agevolare la trattativa tra Europa e Stati Uniti per evitare una guerra commerciale». La proposta di tornare a zero dazi sarà quasi certamente giudicata come irricevibile da Donald, dunque l'obiettivo concreto è strappare un dimezzamento e fissare dazi reciproci del 10%. Oggi un vertice.

a pagina 6

## DATAROM

I siti fasulli e le truffe  
sul «made in Italy»di **Milena Gabanelli e Andrea Priante**

«Non reggiamo la concorrenza, siamo costretti a svendere tutto»: dietro la promozione online si nasconde la truffa. Abiti cinesi spacciati per alta sartoria italiana.

a pagina 25

## TARANTO, QUATTRO MORTI TRA I 23 E I 16 ANNI

La festa, lo schianto:  
la strage dei ragazzidi **Cesare Bechis**

a pagina 22

ULTIMO BANCO  
di **Alessandro D'Avenia**

**I**l 10 aprile di 100 anni fa usciva uno dei romanzi più belli del XX secolo, per come è scritto e per ciò che vi è scritto (che poi è lo stesso): *Il grande Gatsby* di Francis Scott Fitzgerald. Narra di un uomo di primo '900 che incarna il sogno americano e che per noi ha ormai il volto sorridente di DiCaprio con una coppa di champagne in mano nell'adattamento di Baz Luhrmann. Il protagonista, James Gatz, figlio di contadini del Nord Dakota, per un colpo del destino, a 17 anni riesce a dare una svolta alla sua vita, e si ribattezza Jay Gatsby: è stato notato che il nome storia «joy» (gioia) e il cognome suona «Gatz da essere» (to be), chi lui vuole diventare. E così si arricchisce a dismisura con attività più o meno le-

## Luce verde



gali e va a vivere in una magnifica villa newyorchese, tutto allo scopo di (ri-)conquistare in questa nuova veste scintillante ciò che manca al suo sogno: l'amore di gioventù, Daisy Fay (il cognome significa fata), splendida ereditiera da cui si era dovuto allontanare per la guerra. In sua assenza Daisy aveva però sposato un uomo della sua cerchia elitaria. La storia mostra, struggente come un tramonto di fine estate, che il desiderio di felicità è desiderio di un amore infinito. Questo fa di noi un paradosso: siamo esseri finiti che vogliono l'infinito. Ma la felicità è allora solo un'illusione? L'infinito ce lo siamo inventati perché abbiamo paura di morire?

continua a pagina 27

**Futuro in corso.**

Da oltre 140 anni, siamo impegnati per il progresso e la sicurezza energetica del Paese. Anche adesso, anche qui.

**EDISON** | Diventiamo l'energia che cambia tutto.



## IL LIBRO

Cosa resta di Piazzale Loreto la pace da cercare 80 anni dopo

GIOVANNI DEL LUNA - PAGINA 22



## IL RACCONTO

Il vero capolavoro di Orwell? Sua moglie, donna invisibile

FRANCESCA PELLAS - PAGINA 23



## L'INTERVISTA

Bizzarri: "Faccio solo il comico e i politici ci rubano il mestiere"

ADRIANA MARMIROLI - PAGINA 24



# LA STAMPA

LUNEDÌ 7 APRILE 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

2,40 € CON I PIACERI DEL GUSTO II ANNO 159 II N. 96 II IN ITALIA II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, D.C.B. TO II www.lastampa.it

GNN

AUMENTA L'OSTILITÀ DEI CONSERVATORI USA. UE, UN FONDO PER LE IMPRESE. CIRIANI: ADESSO BRUXELLES CAMBI REGISTRO

## Dazi, cresce la fronda anti-Trump

Salvini si candida ancora al Viminale: "Parlerò con Meloni". Gli alleati irritati, ma la premier respinge l'assalto

### L'ANALISI

Ora l'Europa è al bivio tra Stati Uniti e Cina

MASSIMO CACCIARI

La «guerra dei dazi» è l'ultimo segnale di una crisi degli equilibri internazionali sempre più vicina al punto di rottura. Una globalizzazione tecnico-economica in assenza di guida politica non poteva portare che a questa situazione. Che mercato e libero scambio potessero da soli produrre benessere e pace faceva parte dell'armamentario ideologico liberista al quale si sono arrese dalla fine della guerra fredda tutte le «sinistre» del mondo.

Peggio: quella ideologia presupponeva tacitamente che esistesse una sola guida del processo di globalizzazione, e che questa fossero gli Stati Uniti. La loro egemonia in tutti i fattori strategici, dal primato scientifico-tecnologico alla superiorità militare, sembrava non essere in discussione. In questo quadro l'Europa era chiamata a un ruolo certo importante, ma sussidiario, né doveva indebolirne le fondamenta con azzardate aperture a Oriente. Coloro che hanno la cattiva abitudine di collocare le vicende presenti sulle onde lunghe della storia capiscono che oggi proprio tale quadro entra in una crisi irreversibile. Che l'Occidente è chiamato a ripensarsi, a ripensare il proprio destino. Al di là delle maschere da spaccare far west e delle retoriche populiste, Donald Trump esplicita ciò che risultava già evidente dai fallimenti dell'Amministrazione Biden. - PAGINA 5

Il costo per smantellare la globalizzazione

Daron Acemoglu

BRESOLIN, LUISE, MALFETANO  
RICCIO, SIMONI, ZANCAN

Al Congresso Usa la furia "pro dazi" dell'Amministrazione con invocazione dell'emergenza nazionale per imporre le tariffe, non è piaciuta. Sette repubblicani si sono schierati con i democratici a sostegno del Trade Review Act per riportare sotto controllo di Capitol Hill il grosso delle politiche commerciali. - PAGINE 2-7

La risposta della Ue utile solo se prudente

Alessandro De Nicola

### L'INTERVISTA

Lethem: "Donald solo di fronte a una rivolta"

GIULIO D'ANTONA

Per chi se ne occupa e per chi le vuole bene, è difficile guardare all'America con gli stessi occhi, da qualche settimana a questa parte. Forse è difficile guardare all'America in generale. Il romanziere Jonathan Lethem ha da sempre uno sguardo netto sulla politica e sulla società statunitense. - PAGINA 3

### IL COMMENTO

Il Capitano putiniano che sfida la premier

FLAVIA PERINA

Chi da mesi raccontava di un Salvini pronto a rientrare nei ranghi dopo il congresso si illudeva. Non solo non rientrerà da nessuna parte, ma forte dell'acclamazione dei suoi e del sostegno dell'uomo più ricco del mondo, ha già aperto la fase due del suo mandato da vice-premier. - PAGINA 20

### LA MANIFESTAZIONE

La piazza europeista tende la mano ai 5s Prodi: "Il mondo corre non c'è più tempo"

FRANCESCA SCHIANCHI



Sotto al sacrario dei caduti partigiani di Bologna, una piccola marea blu di bandiere a dodici stelle: cinquemila sono accorsi in questa altra piazza per l'Europa, dopo quella del 15 marzo a Roma promossa dal giornalista Michele Serra. AMARELLI - PAGINE 10 E 11  
ALESSANDRO DE ANGELIS - PAGINA 21

### IL FLOP

L'orgoglio lepenista non conquista Parigi

ERIC JOZSEF



Il liberale ma non troppo. È l'equilibrio che il Rassemblement National ha cercato di tenere davanti a poche migliaia di sostenitori scesi in piazza per protestare contro la condanna in primo grado, quattro anni di carcere a Marine Le Pen per appropriazione indebita e cinque di ineleggibilità immediata. Da una parte, picconare le istituzioni e dall'altra evitare la deriva eversiva per non pregiudicare l'Eliseo. I dirigenti del partito di estrema destra mettono dunque all'indice «la tirannia dei giudici». CICCARELLI - PAGINE 12 E 13

Il sovranismo specula su Martin Luther King

Francesca Sforza

I BIANCONERI PAREGGIANO ALL'OLIMPICO CON LA ROMA: PRIMO GOL DA CAPITANO DI LOCATELLI

## La Juve si è svegliata

GUGLIELMO BUCCHIERI, MATTEO DESANTIS



Svolta Tudor, la fiducia è tornata

ANTONIO BARILLA

L'1-1 CON IL VERONA

In 25 mila allo stadio ma il Toro è già in ferie

GIANLUCA ODDENINO



LA FORMULA 1

Ferrari fuori dal podio Leclerc: manca il passo

JACOPO D'ORSI

### IL PAPA

Francesco, la sofferenza è la missione fino alla fine

FRANCO GARELLI

Che cosa dice alla Chiesa e all'umanità un Papa che dopo quaranta giorni di degenza al Policlinico Gemelli e dopo due settimane passate a Santa Marta compare all'improvviso in sedia a rotelle sul sagrato vaticano per partecipare al Giubileo dedicato agli ammalati e al mondo della sanità? - PAGINA 16



### IL PERSONAGGIO

Campaner, quella pianista che insegna a battere l'ansia

FRANCO GIUBILEI

Tecnica e talento non possono mancare in un musicista, ma se l'onda emotiva ti travolge al momento di salire sul palco, la qualità dell'esibizione può risentirne pesantemente. La pianista classica Gloria Campaner dirige il primo corso anti-ansia rivolto agli studenti del Conservatorio di Modena. - PAGINA 17



vitaly

TASTE ALTO PIEMONTE

Scopri le denominazioni dell'Alto Piemonte dal 6 al 9 aprile 2025

VIENI A TROVARCI  
Hall 10 Stand D2  
ALTO PIEMONTE

lastalto piemonte.it

consorziobioaltop.it



CHIESA DI CAVALLINO  
MUSEO CIVICO  
MUSEO D'ARTI E  
MANIFATTURE







**IL FATTO ECONOMICO**

## Sanità, la scure leghista per i non-autosufficienti

■ Un emendamento del Carroccio al Senato farà pagare ai Comuni e alle famiglie i costi socio-assistenziali dei pazienti gravissimi. E intanto lo Stato fa spazio ai privati

► SCACCIAVILLANI A PAG. 14 - 15



# Sanità, Lega&C. scaricano i malati non autosufficienti

Senato Un emendamento del Carroccio farà pagare ai Comuni e alle famiglie i costi socio-assistenziali dei pazienti gravissimi

» Gaia Scacciavillani

n Senato Lega e Fratelli d'Italia sono riusciti nell'impresa: tagliare il bilancio sanitario lasciando fuori qualcuno, i più gravi. L'ultima parola spetta al governo, ma se andasse in porto per il Servizio sanitario nazionale sarebbe un pessimo precedente. A Palazzo Madama è in corso uno

scontro sul tentativo di tagliare l'assistenza ai non autosufficienti, mascherato da emendamento a una norma su argomenti contigui. Si tratta del ddl 1241 sulle "Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie", fermo in commissione Bilancio in attesa di una relazione tecnica del governo su alcuni emendamenti. Come

quello con cui la senatrice leghista Maria Cristina Cantù, sostenuta da Fdi, ha ottenuto di inserire una modifica all'ar-





ticolo 30 della legge 730 del 1983 per separare le spese per le prestazioni sanitarie da quelle socio-assistenziali, anche quando sono strettamente connesse come avviene nella non autosufficienza, in modo che restino a carico del fondo sanitario nazionale solo le prime.

**SITRATTA** di servizi di cura alla persona come la nutrizione del paziente con il sondino, la mobilitazione di malati neurologicamente compromessi o l'igiene di persone allettate con piaghe. Situazioni nelle quali è molto difficile capire dove finisce il sanitario e inizia il socio-assistenziale. Tanto che i livelli essenziali di assistenza, invece di una separazione delle due categorie voce per voce, prevedono delle spartizioni forfettarie dei costi. Per esempio per gli anziani lungodegenti non autosufficienti dividono la retta a metà tra il Servizio Sanitario e il paziente (o il Comune, se il paziente non ce la fa). In alcuni casi specifici, in cui la gravità è tale che tutte le prestazioni svolte per il paziente sono nella sostanza sanitarie, la quota a carico del paziente (o del Comune) si azzerava.

Le norme sono molto chiare, eppure vengono spesso violate in scioltezza, sia per la copertura al 50% che per i pochissimi al 100%. Nel primo caso è una rarità che la quota a carico del paziente sia pari al 50%. In molte Regioni la quota a carico della Asl non viene pagata perché le liste

d'attesa non scorrono, dato che i letti spesati sono meno di quelli che servono. Per esempio in Toscana, a marzo, c'erano 1.800 persone in lista d'attesa e in Liguria e Lombardia ci sono circa 5.000 posti letto non a contratto. Senza contare il "sommerso": si fa di tutto per evitare che le liste d'attesa si allungino troppo, anche rallentare la presa in carico del paziente con la visita multidisciplinare. E le famiglie? Aspettano o pagano il 100%, in attesa di poter usufruire del posto al 50%, ma a questi ritmi può passare anche un anno e chi non può permetterselo è disperato.

Ne sa qualcosa il signor Marco Primini di Firenze, che racconta di non sapere più dove sbattere la testa perché i risparmi della mamma sono quasi finiti, ma lei non è ancora entrata in convenzione e lui - sessantadue anni, interinale part time in scadenza a settembre - non sa dove trovare i soldi per la retta della struttura in cui l'ospedale ha mandato la signora un anno fa.

**SE QUESTA** è la situazione standard, figuriamoci il target dell'emendamento, i 100% sanitari, che per essere riconosciuti tali nel 99% dei casi devono andare in tribunale. Lo fanno in molti in Lombardia, dove l'emendatrice Cantù è stata assessore

alla famiglia nella giunta Maroni con delega ai servizi socio-sanitari. Qui soltanto tra il 2018 e il 2024 sono arrivati in Cassazione 17 ricorsi, 16 dei quali si sono chiusi con il riconoscimento al paziente del diritto alla copertura del 100% della quota di degenza. La Lombardia ha anche il primato di ben tre sentenze che hanno riconosciuto che al paziente era stata accollata una quota più alta del 50% di sua pertinenza. Eppure è la stessa Regione a fissare alcuni punti fermi nei suoi atti formali. Per esempio nella delibera di giunta del 25 febbraio 2019 si legge che "le prestazioni erogate nelle unità di offerta socio sanitarie sono caratterizzate da una forte connotazione sanitaria" e "dalla ulteriore inscindibilità tra prestazioni sanitarie e assistenziali". Cioè quell'inscindibilità che l'emendamento Cantù vuole cancellare e con lei tutte le pendenze giudiziarie.

Il testo approvato prevede che nella legge del 1983 la frase "sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali", sia sostituita da "sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario, anche se connesse con quelle socio-assistenziali". E precisa che, fatta salva la quota di compartecipazione del 50% prevista dal Lea del 2017, a suo dire aumentabile al 70% nei casi di alta complessità assistenziale, "sono a carico del fondo sanitario nazionale

esclusivamente gli oneri delle prestazioni di rilievo sanitario". Non c'è piano terapeutico o tribunale che tenga: la norma si applicherà "anche agli eventuali procedimenti giurisdizionali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge". Il tutto senza distinguere con una lista cosa è sanitario e cosa no e in quali situazioni.

Il taglio, che inizialmente era rivolto a tutti, riguarda solo chi si trova nelle condizioni peggiori, i 100% appunto, ma pone le basi per mettere in discussione il diritto alle cure per tutti i non autosufficienti. L'emendamento potrebbe poi finire con il complicare molto le cose per chi deve programmare gli stanziamenti, visto che si tratta di separare ciò che riteniamo inseparabile da 40 anni. Così il saldo positivo per le Regioni non è scontato, almeno che non si abbiano conti molto alti da pagare per sentenze sfavorevoli. Senza contare i Comuni e le famiglie.

**Aiuto alla Lombardia** La legge impone al Ssn il 50% o anche il 100% delle spese, ma i posti sono pochi e così i pazienti pagano tutto. Raffica di cause alla Regione



**“LONG TERM CARE”** *La spesa pubblica per gli ultra 65enni si riduce dal 2020. Ai pazienti restano le polizze, ma a costi insostenibili*

# Sulle cure lo Stato si ritira e lascia spazio alle assicurazioni

**I**n un Paese che viaggia spedito verso l'invecchiamento, nel quale soltanto tra gli ultrasessantacinquenni ci sono più di 4 milioni di non autosufficienti, è facile immaginare chi ci può guadagnare da una riduzione del peso dello Stato nel socio sanitario: le assicurazioni che da tempo cercano di far decollare le loro polizze “Long Term Care”. “Non è un caso che la norma in gestazione (vedi articolo a lato, *ndr*) parta da una richiesta delle Rsa che perdono le cause con i pazienti e le loro famiglie, ai quali devono restituire i soldi. Il problema è che queste Rsa invece di aprire una vertenza con lo Stato e le Regioni sulle rette e gli accordi di convenzione, hanno spinto un'iniziativa che ricade in qualche modo sulle famiglie”, spiega Vittorio Agnoletto, medico, attivista e docente universitario. Dei ricorsi lombardi arrivati in Cassazione, gli ultimi riguardano somme reclamate dalle strutture che vanno da 10mila a 55mila euro, oltre interessi e spese legali in tre gradi di giudizio.

**SECONDO** Agnoletto, “chi ci perderebbe con la nuova norma è chiarissimo, mentre chi ci guadagna, nel senso che spenderebbe meno non coprendo la spesa sociale delle persone ricoverate in Rsa in gravi condizioni, è in prospettiva lo Stato. Poi la norma nell'immediato mette al riparo le Rsa da cause che vengono vinte da persone in condizioni di patologia estremamente grave, perché tutta la retta andrebbe pagata dal Servizio sanitario”. Più dell'80% delle Rsa in Italia è privato convenzionato e “lo Stato ha da tempo deciso di non gestire questo tipo di problematiche dell'età avanzata, perché il pubblico non

gestisce il servizio direttamente”. Non solo: a quanto pare l'Italia ha da tempo iniziato a risparmiare sulla spesa per la non autosufficienza. Secondo il 7° Rapporto Osservatorio *Long Term Care* (Ltc) del Cergas Bocconi, pubblicato nei giorni scorsi, la spesa pubblica complessiva per l'assistenza ai malati non autosufficienti è stata di circa 33 miliardi di euro nel 2023, l'1,6% del Pil. L'81% rappresenta la componente sanitaria della spesa e le indennità di accompagnamento, mentre il restante 19% sono le altre prestazioni assistenziali. Infine, la quota erogata agli ultra 65enni è il 74,1%, cioè circa 25 miliardi. Ebbene, “osservando il trend dal 2018 al 2023 si rileva come la spesa in rapporto al Pil abbia un andamento altalenante ma mostri,

a partire dal 2020 in poi, un importante trend di contrazione che deve essere considerato anche rispetto alla differenza tra valori nominali e reali – si legge nel rapporto, che cita dati della Ragioneria dello Stato – Non solo si riduce la percentuale in rapporto al Pil, ma anche il Pil si riduce negli anni e aumenta l'inflazione, con l'effetto che la spesa pubblica Ltc reale per cittadini ultra 65enni sia in un trend di importante riduzione”.

In questo contesto le assicurazioni si candidano spesso e volentieri a guadagnare spazi liberati dallo Stato. Lo sa bene la lobby delle compagnie, l'Ania, il cui presidente Giovanni Liverani nel suo intervento al recente convegno su “Invecchiamento





della popolazione: quanta protezione nel risparmio assicurativo?”, ha sottolineato come “in un contesto in cui la protezione contro la non autosufficienza è assai poco diffusa, le polizze *Long Term Care* possono rappresentare una soluzione sostenibile ed efficace”.

Questi prodotti al momento rappresentano una piccolissima fetta di mercato per le compagnie (nel 2023 i premi totali delle polizze Ltc vendute in Italia rappresentavano meno dell'1% del totale raccolto dalle assic-  
 razioni nel ramo malattia) e quindi hanno ampi margini di crescita. Tanto più che dopo una forte contrazione negli anni del Covid, nel 2022 hanno ricominciato a crescere. Tuttavia, a meno di non

aver sottoscritto una polizza in tenera età, è difficile immaginare un prodotto che possa tutelare completamente la quota assistenziale di una persona non autosufficiente che si trova ricoverata in Rsa: il fabbisogno medio è di 18.000 euro l'anno per un ricovero che nel caso degli anziani dura tra 1 e 3 anni, quindi parliamo di un rischio per la compagnia da quasi 60mila euro a persona. Gestibile a buon prezzo solo se le polizze venissero vendute in massa. Andando a inserirsi integralmente nel mercato delle Rsa che già adesso sono delle strane creature dove si incontrano grandi investimenti immobiliari prevalentemente di emanazione straniera, cooperative sociali e pseudo tali, piccoli e grandi privati indipendenti, oltre al no profit laico e sempre meno religioso. E il pubblico in ritirata.

G. SC.

#### I NUMERI

4

**MILIONI** Il numero degli ultrasessantacinquenni italiani che non sono autosufficienti

33

**MILIARDI DI EURO** L'ammontare della spesa pubblica per l'assistenza ai non autosufficienti nel 2023, l'1,6% del Pil. L'81% rappresenta la componente sanitaria della spesa e le indennità di accompagnamento

1%

**LA QUOTA** nel 2023 dei premi totali delle polizze Ltc vendute sul totale raccolto dalle assicurazioni nel ramo malattia

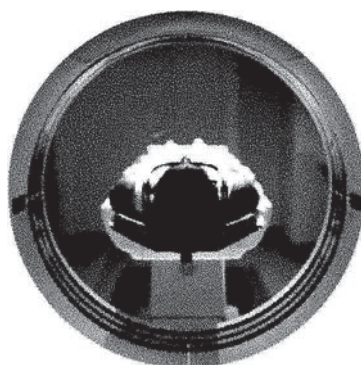
**Agnoletto: “Le Rsa si mettono al riparo, invece potevano aprire una vertenza con Stato e Regioni su rette e convenzioni”**



**L'inchiesta**  
Sanità pubblica,  
lo scontro  
con le Regioni  
affonda  
le liste d'attesa

Dopo 300 giorni il piano del  
Governo al palo: pesano le  
resistenze locali. L'allarme: tempi  
massimi sfiorati per le cure urgenti.

**Bartoloni e Gobbi** — a pag. 11



# Lo scontro con le Regioni affonda le liste d'attesa

**Sanità.** Dopo 300 giorni il piano del Governo  
è al palo: pesano le resistenze locali. L'allarme:  
sfiorati i tempi massimi per le cure più urgenti

## **Marzio Bartoloni**

Dopo 300 giorni dal varo il piano sulle liste d'attesa rischia di affondare senza mai davvero essere partito e con lui le speranze di milioni di italiani costretti spesso a lunghe code per visite ed esami con la beffa che più di un'Asl su quattro, come hanno scoperto da poco i Nas, lascia i pazienti in liste di galleggiamento o peggio rifiuta le prenotazioni

chiudendo le agende. A contribuire al naufragio del piano è un clamoroso scontro tra il ministro della Salute Orazio Schillaci e le Regioni condito negli ultimi giorni da lettere di fuoco e accuse reciproche: il ministro punta il dito contro diversi Governatori colpevoli di non applicare le misure del decreto varato il 7 giugno e di ritardare con una lunga melina l'approvazione dei provvedimenti attuativi. E così slitta la partenza della

Piattaforma nazionale sulle liste d'attesa prevista inizialmente per febbraio e resta al palo il decreto sui poteri sostitutivi che scattano in caso di inadempienze a dimostrazione del fatto che le Regioni vivono il pia-





no come un'invasione, perché la Sanità - dopo la riforma del Titolo V - è fortemente regionalizzata e "allergica" a ogni intervento di Roma.

I mugugni dei governatori riguardano invece i pochi fondi stanziati e la riforma dei medici di famiglia che darebbe una mano al taglio delle liste d'attesa e il cui stallo è addossato al ministro. A pagarne le spese sono i pazienti come dimostrano gli ultimi clamorosi casi di cronaca: dai risultati istologici in ritardo anche di 8 mesi dell'Asp di Trapani all'appuntamento al 2027 per una risonanza dell'ex operaio dell'Ilva di Taranto con due focolai tumorali. Uno scandalo confermato dai dati raccolti da Cittadinanzattiva per il Sole 24 ore su 4 prestazioni che mostrano come anche per le cure più urgenti, quelle per i pazienti più gravi, si superino i tempi massimi.

### Il braccio di ferro con le Regioni

«Incomprensibile caos organizzativo» e «fallimento del modello regionale di gestione della sanità»: così Schillaci prima in una lettera infuocata al presidente delle Regioni Massimiliano Fedriga e poi in un telessimo question time al Senato nei giorni scorsi ha definito la gestione delle liste d'attesa. I Nas hanno scoperto nel 27% delle Asl «gravi irregolarità» e «casi indegni» come ha ricordato Schillaci che ha perso la pazienza soprattutto perché non vengono applicate misure previste dal decreto e subito applicabili: dal "salta-coda" per i pazienti (se la lista è lunga il Cup deve trovare il posto in intramoenia o nel privato senza far pagare il cittadino) ai Cup unici a livello regionale attivati per ora in 14 Regioni ma spesso ancora incapaci di mettere insieme tutta l'offerta di

cure sia pubbliche che del privato accreditato, come a esempio ha fatto il Lazio con primi visibili benefici. Infine la possibilità di aprire gli ambulatori per visite ed esami anche nel week end, strada per ora imboccata in pieno solo dal Piemonte. Ma il muro contro muro è soprattutto sui decreti attuativi: se la Piattaforma nazionale che dovrà monitorare le liste d'attesa Asl per Asl se tutto va bene vedrà la luce questa estate (le Regioni hanno chiesto uno stanziamento di circa 30 milioni) lo scontro è sul decreto che deve definire i poteri sostitutivi nel caso ci siano gravi irregolarità: dopo 5 mesi di tira e molla sul testo il provvedimento è ancora fermo.

### L'allarme sulle cure urgenti

L'indagine realizzata da Cittadinanzattiva raccogliendo gli ultimi dati dai siti web regionali e delle Asl su 8 Regioni mostra come dalle cure urgenti a quelle programmabili buona parte delle strutture sanitarie non rispetta i tempi massimi previsti per quattro prestazioni (visita cardiologica, ecografia all'addome, mammografia e tac rachide dorsale) e si tratta tra l'altro di numeri, quelli pubblicati per obbligo di legge, non sempre "veritieri" (soprattutto se il tempo di attesa non si calcola dal primo contatto telefonico) visto il caso sorprendente della Calabria che avrebbe addirittura azzerato le attese. Quello che preoccupa è soprattutto lo sfioramento dei tempi massimi per le cure urgenti che a volte possono essere dei salva vita. Dalla fotografia limitata (si veda grafico) emerge a esempio gli allarmanti tempi medi di attesa della Puglia: qui per una visita cardiologica urgentissima (entro 72 ore) si attende in media 34 giorni e 83 giorni per

quelle urgenti (entro 10 giorni), per una ecografia all'addome urgentissima 20 giorni e 40 per quella urgente o 34 giorni per una mammografia urgente e 30 giorni per una Tac della rachide dorsale (quella dell'ex operaio dell'Ilva). Segnali d'allarme che fanno dire alla segretaria di Cittadinanzattiva Anna Lisa Mandorino che per far funzionare le misure anti liste d'attesa serve una «fattiva collaborazione tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti, senza rimpalli di responsabilità ma in un'ottica di piena e totale collaborazione nel solo interesse di cittadine e cittadini. In particolare chiediamo - aggiunge - che il tema delle risorse non sia usato per giustificare ritardi o peggio ancora immobilismo, visto che nel recente passato sulle liste d'attesa sono stati stanziati fondi solo parzialmente utilizzati, ma anche che i miglioramenti dichiarati per alcune Regioni siano corredati da dati e oggetto di verifica». «Dalla nostra campagna #Stopattese, emergono - conclude Mandorino - ancora tantissime difficoltà dei cittadini ad accedere ad alcune prestazioni, anche urgenti, ma, allo stesso tempo, constatiamo che, dopo l'invio dei nostri moduli per l'attivazione dei percorsi di tutela, molte situazioni si risolvono; segno che le lunghe attese in molti casi sembrerebbero superabili con una migliore organizzazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'accusa di Schillaci:**  
non applicate le misure già in vigore su saltacoda, Cup unici e aperture nel week end. Slitta la piattaforma e poteri sostitutivi al palo. Le Regioni: mancano i fondi e stallo sui medici di famiglia



### «RESISTENZE INACCETTABILI»

Non è accettabile che a distanza di mesi dall'approvazione della legge, ci siano ancora resistenze o ritardi nell'applicazione. Così come non è

accettabile rivendicare insufficienza di stanziamenti quando la Corte dei Conti mette nero su bianco la spesa esigua delle Regioni rispetto ai fondi ricevuti», così il ministro Schillaci.



# «Pochi fondi e medici di famiglia da riformare»

## L'intervista Eugenio Giani

Presidente Regione Toscana

Barbara Gobbi

«**L**a legge Schillaci ha messo in chiaro la volontà del ministro e del Governo di affrontare alcuni aspetti che possono semplificare il nodo liste d'attesa, ma i risultati potremo raggiungerli solo con la riforma della sanità territoriale. Detto questo, c'è un grande tema di risorse destinate alla sanità pubblica, che andrebbero drasticamente aumentate». Il presidente della Regione Toscana Eugenio Giani inquadra così la questione delle liste, forte anche – sottolinea – del piazzamento al secondo posto in Italia dopo il Veneto nella classifica dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza.

### Cosa rispondere al duello sulle liste d'attesa?

È interesse di tutte le Regioni gestire al meglio i servizi per i cittadini e avere una capacità di risposta sulle liste d'attesa, quindi il conflitto da parte del ministero non mi pare giustificabile.

### A quanto pare il conflitto è da entrambe le parti...

Alla gente interessano i risultati: al di là dei singoli articoli della legge, ciò che conta è abbattere i tempi e noi lo stiamo facendo anche applicando gli aspetti del decreto più significativi, come l'istituzione di un responsabile

anti-liste in ogni Asl. Quando sono diventato presidente la sanità toscana erogava 10,5 milioni di prestazioni che oggi sono diventate 12,5 milioni. E siamo in grado di soddisfare le urgenze in dieci giorni nel 91% dei casi.

### Secondo il ministro il Cup unico resta una chimera in molte realtà

Da noi esiste da dieci anni. Ciò detto, è evidente che le Regioni presentano situazioni diverse ma fanno il possibile, a fronte di risorse pubbliche pari al 6,3% del Pil mentre la Germania arriva al 10% e la Francia all'8 per cento. Se il governo deciderà di mettere 150 miliardi sul Fondo sanitario nazionale invece dei 138 miliardi attuali, i cittadini vedranno anche calare le liste d'attesa. Ma c'è un'altra questione importantissima ed è la forte carenza, in Italia, di una sanità territoriale organizzata. Va quindi verificata da vicino l'attuazione delle case di comunità previste dal Pnrr, con cui sarà possibile drenare la pressione eccessiva sugli ospedali, prevedere un ruolo unico per i medici di famiglia e dar loro anche la possibilità di effettuare quella micro-diagnostica che alleggerirà le pratiche del Cup. E sarà importante per i cittadini trovare in un unico punto di accesso oltre al

medico la farmacia, il servizio psichiatrico o l'infermiere che va a domicilio. La riforma del territorio è un passaggio fondamentale e sono convinto che le Regioni stiano svolgendo al meglio il loro compito. Ma è evidente che andrà assunto personale.

### E qui tocchiamo un altro tasto

### dolente

Esatto. Se fossi il ministro mi preoccuperei di formare il personale in vista di quando, tra un anno, saranno pronte le case di comunità. La sfida sarà metterci il personale ed è per questa voce in particolare che va innalzata la spesa sanitaria pubblica, almeno all'8% del Pil. Dal canto nostro, lo scorso anno siamo stati in grado di recuperare mezzo miliardo in più rispetto alla nostra quota di Fondo sanitario nazionale, di cui 170 milioni di risparmio su servizi non sanitari.

### Allora ha ragione Schillaci quando dice che è molto questione di organizzazione?

Certo, è necessario che le Regioni facciano un check-up per spendere bene, ma la questione risorse c'è, eccome.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IMAGOECONOMICA



Regione Toscana. Il Presidente  
Eugenio Giani





# «Il decreto di Schillaci funziona: ecco come»

## L'intervista

### Francesco Rocca

Presidente Regione Lazio

«**Q**uello delle liste d'attesa è un problema di sistema e per essere affrontato richiede l'analisi di un intero territorio: questa è stata la nostra priorità. E ancora prima del decreto Schillaci abbiamo creato il Cup unico che include i privati accreditati. Ai diciassette centri che rifiutavano di mettere a disposizione le agende, i contratti non sono stati rinnovati». Per Francesco Rocca, alla guida della Regione Lazio presentata virtuosa dal ministro Schillaci, la legge anti-liste «va nella giusta direzione».

**Le Regioni lamentano un rischio-ingerenza del ministero...**  
Il Servizio sanitario è universale e va garantito a tutti i cittadini: se c'è una difficoltà importante su un territorio, credo sia giusto che il governo nazionale se ne occupi. Da un lato c'è un principio ordinamentale che preoccupa i colleghi presidenti rispetto al profilo della responsabilità nella gestione della sanità, che la Costituzione attribuisce alle Regioni; dall'altro è possibile che ci siano timori di interferenze, che personalmente non ho mai percepito. Certo è che qualcuno deve pure fare da arbitro.

**Tra le altre cose, il ministro denuncia falle sulle risorse**

Molti adempimenti tecnici noi li avevamo anticipati e questo ci consente di apparire come i più performanti: essere partiti dalla lettura del bisogno per rispondere con appropriatezza e tempestività alle mancanze significa anche spendere bene i soldi. Metterli sulle liste senza sapere dove intervenire, significa gettarli in un buco nero.

#### **Sembra l'Abc ma diverse Regioni sono lontane**

Non posso rispondere per gli altri, ma noi oggi diamo indicazioni precise e monitoriamo in tempo reale. Un lavoro che nel passato non si era voluto fare, ma per governare la spesa devo conoscere il sistema nel suo complesso.

**Regione Lazio.** Il presidente Francesco Rocca

Tassello fondamentale e non negoziabile della legge Schillaci: altrimenti si rischia di far crescere ulteriormente la domanda.

#### **C'è già oggi un eccesso di domanda?**

Sì, l'inappropriatezza prescrittiva genera cattiva spesa. A fronte di prescrizioni da parte dei medici di famiglia che in un anno mi costano 76 milioni, occorrono linee guida chiare. Parliamo di un sistema complesso dove ogni tassello è legato all'altro. Questi temi vanno affrontati insieme.

#### **Esiste un problema di risorse per la sanità pubblica?**

I soldi servono ma il punto è cominciare a fare buona spesa.

Quei 76 milioni di prescrizioni inappropriate possono andare su liste d'attesa e servizi. Poi è chiaro che con una popolazione che invecchia i bisogni crescono e le risorse ci vogliono. Non solo: man mano che le liste d'attesa saranno abbattute, recupereremo nel pubblico anche chi oggi va nel privato puro. Ciò significa che anche l'effetto elimina-code della legge Schillaci attraverso il Recup dispiegherà i suoi pieni benefici a medio termine.

#### **Restano i grandi nodi del personale e delle agende chiuse**

Con le 14mila assunzioni che completeremo entro l'anno noi abbiamo aumentato di quasi il 20% il personale: anche in questo caso il piano è stato redatto una volta analizzata la domanda. Quanto alle agende chiuse, sono inaccettabili: ai miei Dg dico che una volta impiegato tutto il personale la ricetta non è bloccare le liste ma chiedere soluzioni alla Regione.

—B. Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Schillaci alle Regioni «Spendete i fondi per le liste d'attesa»

► Il ministro: «Non utilizzato il 24% delle risorse»  
I Nas: un centro su 4 in ritardo sui tempi degli esami

**Mauro Evangelisti**

**L**a riforma delle liste d'attesa si è arenata o, per lo meno, non sta dando i risultati sperati: il 24 per cento dei fondi per ridurle non è stato utilizzato. E il ministro Schillaci torna a incalzare le Regioni, richiamandole a collaborare: «Uno sforzo comune a livello organizzativo può fare molto per migliorare

l'accesso alle cure e ridurre le liste d'attesa, che è uno dei problemi peggiori per i cittadini».

*A pag. 13*

## Il nodo delle liste d'attesa Schillaci striglia le Regioni Inutilizzato il 24% dei fondi

► Attacco del ministro della Salute: molti governatori non stanno applicando la riforma  
E il Nas scopre che un centro su quattro non è in regola sui tempi di offerta degli esami

### IL CASO

ROMA Il 24 per cento dei fondi per il piano di riduzione delle liste di attesa non è stato utilizzato, mentre i Nas, nei blitz svolti negli ospedali e nei laboratori, hanno scoperto che uno su quattro sui tempi dell'offerta di esami e prestazioni sanitarie non è in regola. La riforma delle liste di attesa si è arenata o, per lo meno, non sta dando i risultati sperati in tutto il Paese. E uno scontro così duro

tra Ministero della Salute e Regioni non si vedeva da tempo: è anomalo, anche politicamente, visto che il ministro Orazio Schillaci è espressione di una maggioranza di centrodestra, la stessa che governa buona parte delle Regioni; la stessa che esprime il presidente della Conferenza delle Regioni, Massimiliano Fedriga (Friuli-Venezia Giulia). Secondo una lettera scritta una settimana

fa da Schillaci, i governatori non stanno applicando la riforma in varie parti: il Centro unico per le prenotazioni, il divieto di chiudere le agende, il ricorso al privato





o all'intra moenia (senza maggior addebito per il paziente) quando il pubblico non riesce a dare una risposta celere.

## TENSIONE

Nella replica, le Regioni hanno fatto notare che mancano le risorse promesse, non ci sono la riforma dei medici di base e una parte dei decreti attuativi delle nuove norme. Ieri, in occasione del Giubileo dei Malati, Schillaci ha cercato di usare toni meno contudenti: «Il mio richiamo alle Regioni è un richiamo a collaborare. Io ho la massima disponibilità. Sono certo dell'aiuto leale da parte di tutti i governatori perché la sanità, come ripeto, non è di un partito politico. Uno sforzo comune a livello organizzativo può fare molto per migliorare l'accesso alle cure e ridurre le liste d'attesa che rappresentano uno dei problemi peggiori per i

cittadini». L'altro giorno, nel corso del question time in Parlamento, era stato meno conciliante sostenendo questa tesi: se l'abbattimento delle liste d'attesa, a otto mesi dall'approvazione della legge, è ancora lontano, è «per una volontà politica» delle Regioni e non per mancanza di fondi. Ha ventilato il «fallimento del modello regionale di gestione della sanità», ha detto che non si può parlare di «adeguata collaborazione» visto che «il confronto sul decreto attuativo che prevede po-

teri sostitutivi del Ministero in caso di inadempienze, dopo mesi di confronto tecnico in cui tutte le richieste regionali sono state recepite, è fermo per il veto quasi unanime da parte delle Regioni». Schillaci ha citato Lazio e Liguria (entrambe governate dal centro-destra) come esempio virtuoso,

ma va anche detto che il centrosinistra governa solo sei delle 20 regioni italiane, quindi non è un problema di scontro politico. Il ministro ha citato alcuni dati: il 24 per cento dei fondi per il taglio delle liste di attesa non è stato utilizzato. Su un finanziamento totale di 1.371.956.271 euro per gli anni 2022-23-24 da parte del ministero della Salute per il recupero delle liste, le Regioni non hanno utilizzato - o hanno accantonato - una cifra pari a 323.342.886 euro. Un altro dato significativo sottolineato da Schillaci risulta dalle ispezioni dei Nas, il nucleo dei carabinieri. Lo ha ribadito in una lettera di risposta a Fedriga: «Ricordo ancora una volta che il rapporto dei Nas ha evidenziato una situazione allarmante: il 27 per cento delle strutture ispezionate presenta irregolarità gravi, tra cui agende chiuse arbitrariamente e liste di attesa gonfiate». Ancora: «Non è

accettabile che le Regioni ancora non abbiano una conoscenza chiara dell'offerta di prestazioni nelle loro strutture pubbliche e

convenzionate. Non è accettabile che a distanza di mesi dall'approvazione della legge, ci siano ancora resistenze o ritardi nell'applicazione. Così come non è accettabile rivendicare insufficienza di stanziamenti quando la Corte dei Conti, nella sua ultima relazione, mette nero su bianco la spesa esigua delle Regioni rispetto ai fondi ricevuti dal 2020 per le liste d'attesa». Schillaci ha confermato che incontrerà uno per uno i presidenti di Regione. Dall'opposizione parla Stefano Bonaccini, Pd, già governatore dell'Emilia-Romagna e oggi parlamentare europeo: «Ho avuto a che fare con molti ministri della Sanità e con molti governi di qualsiasi segno politico, ma non avevo mai visto un ministro che, dopo non aver fatto nulla per ridurre le liste d'attesa, dà la colpa alle Regioni».

**Mauro Evangelisti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA REPLICA DEGLI ENTI LOCALI: MANCANO LE RISORSE, LA NUOVA LEGGE DEI MEDICI DI BASE E UNA PARTE DEI DECRETI ATTUATIVI

### 2 mld

Secondo il ministro Schillaci sono i fondi stanziati per abbattere le liste d'attesa negli ultimi quattro anni

### 4,5 mln

Gli italiani che non si curano a causa delle liste d'attesa e perché non possono permettersi di rivolgersi ai privati

### 7,6%

La percentuale di italiani che non accede a visite mediche ed esami. Il dato dell'Istat è del 2023 ed è in crescita costante

**IL TITOLARE DEL DICASTERO ANNUNCIA: «ORA INCONTRERÒ I PRESIDENTI UNO PER UNO»**



## IL CASO

## Se la sanità pubblica dimentica i bambini

PAOLO RUSSO

La nostra sanità pubblica non è amica di bambini e adolescenti. Perché molti di loro non hanno un pediatra di famiglia che li assista e altrettanti sono costretti a ricoverarsi nei reparti per adulti. - PAGINA 19

## L'INCHIESTA

# La Sanità dimentica i bambini

Dalle terapie intensive alla Neuropsichiatria un minore su quattro ricoverato con gli adulti per la mancanza cronica di posti pediatrici "Ma ai più piccoli servono percorsi specifici"

PAOLO RUSSO  
ROMA

La nostra sanità pubblica non è amica di bambini e adolescenti. Perché molti di loro non hanno un pediatra di famiglia che li assista e altrettanti sono costretti a ricoverarsi nei reparti per adulti, dove il personale non ha quelle conoscenze specifiche che servono a curare al meglio i piccoli pazienti.

Con la carenza di posti letto che c'è nei reparti di pediatria, secondo una ricerca condotta dalla Federazione delle società scientifiche dell'area pediatrica, la Fiarped, secondo gli ultimi dati disponibili oltre 112 mila minori, cioè circa uno su quattro, viene ricoverato nei reparti ordinari anziché in quelli pediatrici. Un dato che sale al 70% dei casi nella fascia 15-18 anni. Il tutto con le solite differenze territoriali che si riscontrano quando parliamo di sanità, con una forbice che va dal 14% di ricoveri impropri nei reparti dei grandi in Friuli Venezia Giulia

al 44,5% del Molise.

Quanto tutto questo si ripercuota negativamente sulla salute dei nostri piccoli e dei ragazzi lo dimostra uno studio sul pronto soccorso americani, pubblicato sul *Journal of pediatrics*: dall'analisi emerge che i bambini curati in strutture per adulti hanno il 60% di probabilità in più di morire rispetto a quelli ricoverati in una struttura pediatrica, dotata oltre che di competenze specifiche, di strumenti e protocolli che rispettano i più piccoli a seconda della fascia di età.

E i pericoli che si corrono nei pronto soccorso si replicano anche nelle terapie intensive, dove negli ultimi tre anni sono stati ricoverati oltre 3 mila minori, in pratica uno su due. Male vanno anche i servizi di neuropsichiatria infantile, sia territoriali che ospedalieri. «L'esplosione delle richieste per disturbi psichiatrici gravi e acuti sta saturando i posti disponibili, compromettendo le risposte per disturbi neurologici gravi e complessi per i quali è indispensabile

una competenza specialistica. Il 30% dei ricoveri per disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva avviene in reparti psichiatrici per adulti e il 10% dei ricoveri psichiatrici avviene in stato di necessità in reparti sempre per adulti, nonostante questa collocazione sia gravemente inappropriata», afferma Elisa Fazzi, presidente della Sinpia, la Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Un problema che vale anche per le altre branche della medicina. «Molti studi dimostrano che l'assistenza del bambino da parte di un pediatra specialista è vitale per la sopravvivenza e la qualità di cura che riceve»





afferma Annamaria Staiano, professore ordinario di pediatria alla "Federico II" di Napoli e past president della Società italiana di Pediatria. «Occorre un sistema di accoglienza e presa in carico del bambino da parte di pediatri specialisti a livello territoriale, ospedaliero ed accademico. Se poi pensiamo ai bambini fragili e cronici, le esigenze di assistenza sono ancora più specialistiche. Per questo - conclude - chiediamo con forza il rispetto della peculiarità pediatrica, anche in caso di ricovero, per garantire un corretto sviluppo psicofisico del minore».

Una richiesta che la Fiarped ha declinato in sei punti, tra i quali spiccano la ga-

ranzia che il riconoscimento dell'età pediatrica fino a 18 anni venga applicato in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, in ospedale come nel territorio. Oggi invece c'è chi si ferma a 14 anni, chi scende persino a 13, chi arriva al massimo a 16. Tra le richieste, c'è anche la formazione di pediatri specialisti per curare meglio le malattie croniche e il rafforzamento dei servizi di neuropsichiatria infantile, visto che oggi rispetto a un fabbisogno di almeno 700 posti letto se ne contano solo 403, con alcune regioni che ne sono totalmente prive.

Non da ultimo c'è il problema dei pediatri di libera scelta, che mancano come

documenta un rapporto della Fondazione Gimbe. Per legge dovrebbero obbligatoriamente assistere i bambini fino a 6 anni mentre da 6 a 13 i genitori possono decidere anche di affidare i propri figli al medico di famiglia. Sempre per legge, ogni pediatra non dovrebbe assistere più di 880 piccoli, ma molti si trovano a gestirne più di mille. Con carenze ancora più pronunciate in Piemonte, Valle d'Aosta, Bolzano e Veneto. Una situazione destinata a peggiorare con gli oltre 1.700 pensionamenti previsti per fine 2026. —

Gli esperti chiedono una rete migliore sul territorio dedicata alla fascia 0-18 anni



“

Annamaria Staiano  
docente Federico II

Nei bambini fragili e cronici, le esigenze di assistenza sono ancora più specialistiche



“

Elisa Fazzi  
presidente Sinpia

Collocare i minori con disturbi psichiatrici tra gli adulti è gravemente inappropriato



Servizio La medicina palliativa

## **Cura del dolore: solo un bambino su quattro ha accesso all'assistenza**

La Legge 38 celebra i 15 anni dall'entrata in vigore tra luci ed ombre: un convegno in occasione del Giubileo degli ammalati e del Mondo della Sanità

*di Cesare Buquicchio*

4 aprile 2025

Eliminare il dolore o cercare di controllarlo con appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate. Erano queste le parole che, esattamente 15 anni fa, davano fiducia a chi sopportava il peso di malattie penose e inguaribili. Erano, e sono ancora, parole nero su bianco nei 12 articoli della Legge 38 del 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", una norma giudicata, anche a livello internazionale, avanzata e lungimirante, ma che ha ancora dei passi da compiere perché l'esigibilità piena di quei diritti diventi realtà nella pratica quotidiana. Il bisogno di cure palliative è stato valutato, dal Comitato tecnico scientifico del ministero della Salute, in 335 persone su 100mila abitanti per l'adulto, e in 18 bambini su 100mila per le cure palliative pediatriche. Il documento Ocse, "Time for Better Care at the End of Life", del 2023 segnalava come, in Italia, meno del 35% dei pazienti bisognosi di cure palliative e terapia del dolore nella fase terminale della vita avesse effettivamente accesso a tali cure.

### **Il tema risorse e formazione**

«C'è un tema di risorse e di formazione dei medici, degli infermieri e degli altri professionisti sanitari coinvolti, c'è un ritardo sul tema pediatrico, ci sono troppi riconoscimenti tardivi del bisogno di cure palliative e restano delle falle nell'accreditamento delle reti locali e nel collegamento tra i diversi setting per una corretta presa in carico. Ma il gap più grande che si avverte è quello culturale, si confonde ancora troppo spesso il tema della cura del dolore con quello delle cure per il fine vita, come se si trattasse solo di malati terminali. Non è così, anzi, proprio la Legge 38 dice che queste cure dovrebbero essere precoci per alleviare la condizione dei pazienti e delle loro famiglie». A commentare il tema è la professoressa Francesca Piergentili, costituzionalista dell'Università Europea di Roma, che fa da moderatrice al convegno "La speranza cura. Quale diritto nella malattia inguaribile?" organizzato il 4 aprile al Complesso Monumentale di Santo Spirito in Sassia a Roma in occasione del Giubileo degli ammalati e del Mondo della Sanità che viene celebrato in questa fine settimana a Roma con numerose iniziative.

### **I dati dalle regioni**

L'obiettivo fissato al 31 dicembre 2028 è quello di garantire l'accesso alle cure del dolore al 90% della popolazione bisognosa. Il Governo ha incaricato Agenas di monitorare l'implementazione della Legge nelle Regioni e dei piani di potenziamento sul territorio da cui emerge che solo il 60% degli enti ha sviluppato pienamente le reti di assistenza previste. Anche nel report sull'attuazione



del Dm 77 sulla sanità territoriale, appena pubblicato dall'agenzia per i servizi sanitari regionali, viene dato spazio alle cure palliative nella loro declinazione domiciliare. Dalla ricerca emergono notevoli differenze in quanto a copertura territoriale di questo servizio: Basilicata, Emilia-Romagna, Provincia Autonoma di Bolzano, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto arrivano al 100%, mentre Sicilia con il 27%, Molise e Pa Trento con il 33% sono quelle più in ritardo. Ancora poche le equipe di pronta disponibilità: solo nel Lazio e in Valle d'Osta sono presenti in tutti i distretti. Infine, Agenas registra molta variabilità sui servizi di consulenza ospedale-territorio per una corretta presa in carico iniziale.

### **La tutela dei più piccoli**

«Sono dati che fanno riflettere e segnalano l'esigenza di agire – continua Piergentili –. In particolare, c'è quello dei bambini che dice che in Italia sono 33mila i piccoli che necessitano di cure del dolore e solo il 25% riesce ad avere assistenza. Non riuscire a dare sollievo ai bambini compromette anche la vita delle famiglie che li assistono. Il tema non riguarda solo l'etica della cura, ma anche una gestione efficiente delle risorse sanitarie. Le analisi economiche dimostrano che investire in cure palliative permette di ridurre i costi sanitari evitando ospedalizzazioni inappropriate, limitando trattamenti invasivi non necessari e migliorando la qualità della vita dei pazienti». Fa eccezione il Lazio, dove è presente uno degli unici otto hospice pediatrici in Italia: il Centro di Cure Palliative Pediatriche dell'Ospedale Bambino Gesù di Passoscuro, attivo da marzo 2022, il più grande nel nostro Paese per l'ambito pediatrico tanto da accoglie anche pazienti anche da altre Regioni.

In Italia normative all'avanguardia penalizzate da burocrazia e ristrettezze di bilancio

## PER AUTISMO CURE PALLIATIVE E MALATTIE RARE LE LEGGI CI SONO, IL PROBLEMA È L'APPLICAZIONE



PAOLA BINETTI

**I**l 18 agosto del 2015, 10 anni fa, veniva emanata la legge sull'Autismo, che all'articolo 1 recita: «La presente legge, in conformità a quanto previsto dalla risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite n. A/RES/67/82 del 12 dicembre 2012 sui bisogni delle persone con autismo, prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico».

È utile ricordarlo a ridosso della Giornata internazionale appena celebrata. Una legge quadro, quella italiana, a cui molto si deve perché ha contribuito ad abbattere steccati e pregiudizi, ma che in un certo senso si è come bloccata senza giungere a quella piena applicazione che avrebbe indubbiamente facilitato la vita dei soggetti che rientrano nello spettro autistico. Nelle intenzioni del legislatore di allora avrebbe dovuto accompagnare le persone dall'infanzia, con una diagnosi la più precoce possibile, fino alla loro maturità, per ottenere un inserimento sociale, di cui era parte integrante anche la possibilità di un inserimento lavorativo mirato. Nonostante sia-

no state fatte molte cose da allora, compresa l'istituzione dell'Osservatorio sull'Autismo, moltissimo resta ancora da fare.

Una grande spinta è venuta dall'approvazione del DL 62/2024 che non solo innova profondamente il sistema degli accertamenti, dei sostegni e delle tutele dedicate alle persone con disabilità ma è diventato il fulcro di un valore fondamentale su cui si snodano tutti gli interventi previsti: la dignità della persona, come ha ricordato Francesca Di Maolo nel suo editoriale su *Avvenire*. Proprio il riconoscimento della dignità di ogni persona è di fatto l'architrave su cui costruire il Progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, previsto dalla norma. Non più inteso come una possibilità ma come un diritto della persona. Un progetto aperto e pieno di promesse, che esige però un monitoraggio molto attento nella sua fase attuativa, perché il rischio che anch'esso si risolva in un elenco di promesse e di illusioni è tutt'altro che remoto.

Vorrei soffermarmi proprio su questo punto, partendo da una esperienza personale maturata in quasi vent'anni di attività parlamentare. Non sono molte le leggi che ho avuto l'onore di tenere a battesimo, ma non sono neppure poche, per chi conosce i tempi parlamentari e le infi-

nite insidie in cui ci si imbatte. Penso alla legge sulle Cure palliative, che a sua volta ha appena compiuto 15 anni, a quella citata sull'Autismo e a quella sulle Malattie rare, per citare solo le più note. Nonostante l'approvazione con ammissima maggioranza, tutte e tre una volta diventate operative sono andate incontro a una sorta di rallentamento applicativo, che ha finito col deludere anche coloro che le avevano accolte con entusiasmo. A prevalere è stata una burocrazia insidiosa e pignola, in una giungla di rimandi e di contrasti tra le diverse Regioni, fino a vederle capitolare spesso nella Conferenza Stato-Regioni, oppure nelle maglie del Bilancio, sempre a corto di risorse. Leggi buone, spesso copiate anche a livello europeo, che in Italia sono ancora troppo poco applicate per raggiungere gli obiettivi perseguiti. Spesso mi sono chiesta se una parte importante del lavoro parlamentare non consista tanto nel fare nuove leggi quanto nel vegliare che le buone leggi siano applicate, insistendo in ogni occasione opportuna e non opportuna, come dice san Paolo nella seconda lettera a Timoteo: «Ammonisci, rimprovera, esorta con ogni magnanimità e dottrina. Verrà giorno, infatti, in cui non si sopporterà più la sana dottrina, ma, per il prurito di udire qualcosa, gli uomini si cir-

conderanno di maestri secondo le proprie voglie, rifiutando di dare ascolto alla verità per volgersi alle favole». Se penso alla legge sulle Cure palliative e al dibattito di questi giorni sul fine vita, trasformato da qualche voce in una vera e propria richiesta eutanasica, mi chiedo quanto più avremmo dovuto insistere 15 anni fa per una sua piena attuazione, e 10 anni fa per una più completa attuazione della legge sull'Autismo. Forse ci siamo adagiati sulla loro approvazione e non abbiamo saputo incalzare l'opinione pubblica perché pretendesse quanto le era dovuto.

In questo vedo un unico grande merito da riconoscere a Marco Cappato e all'Associazione Coscioni: loro non demordono mai. Noi insistiamo troppo poco, anche quando abbiamo totalmente ragione... Ma stiamo imparando, e ci batteremo a lungo per l'applicazione tempestiva delle buone leggi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Professioni sanitarie

## **Contratti in stallo per infermieri e medici: la Pa non è uguale per tutti**

Con gli Atti di indirizzo ancora latitanti i rinnovi sono al palo e intanto aziende ed enti Ssn sono state ignorate dal decreto Zangrillo con buona pace anche delle Regioni

*di Stefano Simonetti*

4 aprile 2025

Qual è la situazione dei rinnovi dei contratti della Sanità pubblica? Come è noto, le trattative per il rinnovo del contratto del comparto sono in stallo per la mancata stipula del 14 gennaio scorso; credibilmente riprenderanno dopo la metà di aprile, al termine delle elezioni delle Rsu, in uno scenario che, da un lato, potrebbe vedere ripensamenti da parte di qualche sigla alla luce dei risultati elettorali e, dall'altro, dovrà tenere conto della minaccia del ministro Zangrillo di applicare il contratto collettivo per legge. Frattanto, in un comunicato stampa congiunto Anaao-Cimo del 31 marzo le due maggiori sigle dell'Area Sanità ricordano che medici e dirigenti sanitari attendono l'apertura del tavolo per il rinnovo del Ccnl 2022-2024, quindi già scaduto prima ancora che le trattative siano iniziate.

In un articolo del 27 gennaio scrivevo “se esiste qualcuno tra gli attori istituzionali - Governo, Regioni, Aran - che possa rispondere a questa semplice domanda: perché a oggi non sono ancora stati redatti almeno i due Atti di indirizzo?”. Dopo due mesi, come da copione, la domanda è tuttora senza ragionevoli risposte. Le elezioni delle Rsu o le diatribe tra i confederali sono del tutto inconferenti nell'Area della dirigenza che avrebbe sicuramente potuto invertire una prassi tanto consolidata quanto informale che ha sempre visto prima la chiusura del comparto rispetto alle aree dirigenziali. Anche il terzo Ccnl – quello dei 5.000 dirigenti professionali, tecnici e amministrativi – è in alto mare ma nei confronti di questi dirigenti si può fare una osservazione interessante, come si vedrà più avanti.

### **L'assenza di risorse**

In generale, in questi tre mesi dalla legge di bilancio non è accaduto nulla di quanto richiesto dai sindacati dissenzienti, cioè il reperimento di maggiori risorse rispetto a quelle previste, pari al 5,78% del monte salari. Ma la richiesta di ulteriori finanziamenti viene anche dalle Regioni, come si preciserà.

Il recente decreto PA 2025, dal significativo titolo sulla “funzionalità” delle pubbliche amministrazioni, ha ignorato completamente le aziende ed enti del Ssn. Ma anche nei confronti delle amministrazioni direttamente interessate – in ordine, le funzioni centrali e quelle locali – l'occasione della conversione in legge ha generato, come sempre avviene, la rincorsa agli emendamenti. Era prevedibile che fossero fatti tentativi di integrare in tal senso il decreto e,

infatti, il 19 marzo scorso sono iniziate le audizioni informali presso le Commissioni riunite I e XI con i relatori Russo, Schifone e Nisini di numerosi stakeholder tra cui l'Anci, l'Aran, alcune confederazioni sindacali, studiosi come Sabino Cassese e Lorenzo Zoppoli e, nello specifico della sanità, di Cosmed e Nursind. Il 25 marzo sono state annunciate dai rappresentanti delle Regioni nel corso della specifica audizione tre proposte emendative riguardanti aspetti finanziari e incremento dei fondi del salario accessorio e questa sembra l'unica possibile occasione per accrescere le risorse contrattuali.

### **Le “disparità tra comparti”**

Il Presidente dell'Aran, nel corso dell'audizione del 24 marzo, ha toccato alcuni punti importanti, tra i quali uno denominato “Disparità tra comparti”. In particolare, ha affermato che “è del tutto evidente che il comparto degli enti locali continua a essere svantaggiato, non avendo mai beneficiato di risorse aggiuntive e specifiche”: giustissimo, ma va precisato che si tratta del personale del comparto, perché all'interno dell'Area delle Funzioni locali i dirigenti della sezione Ral (Regioni e Autonomie locali) continuano ad avere un trattamento economico superiore ai colleghi della sezione del Ssn - i dirigenti Pta di cui si accennava sopra – e, in almeno tre aspetti, vengono decisamente sperequati: il valore della posizione, le propine per gli avvocati e il computo del Tfr/Tfs.

### **Infermieri: infiniti problemi e polemiche**

Tornando sulla professione infermieristica, le problematiche aperte sono infinite e sembrano tutte affastellate su di loro senza reali possibilità di sbocchi positivi. La rassegna è sconcertante e lunghissima: le violenze quotidiane che subiscono, la irrefrenabile situazione di migliaia di precari, la beffa dell'area della elevata qualificazione, le sperequazioni evidenti a danno dei dirigenti infermieri, lo scenario a dir poco kafkiano della libera professione sulla quale continuano ad aleggiare equivoci e pregiudiziali di ogni tipo, la mancata attuazione dell'Infermiere di famiglia, le polemiche riguardo alla nuova figura dell'Assistente infermiere, l'ipotizzato raddoppio dei costi del riscatto della laurea a causa dell'aumento dell'età pensionabile, la penalizzante assegnazione di sede derivante dai concorsi unici regionali che ha portato successivamente alla mobilità volontaria “sperimentale” in Veneto o alla Mobilità “sociale” in Toscana, il riconoscimento tout court di professione usurante.

Per non parlare, naturalmente, degli aspetti remunerativi, dei concorsi ingestibili, della inarrestabile fuga dal S.s.n verso cooperative, libera professione o all'estero. Per sovramercato, possiamo anche aggiungere vertenze diffuse e intricatissime come la monetizzazione delle ferie non godute, il diritto al buono pasto per i turnisti di notte, il riconoscimento del trattamento accessorio durante le ferie, le frequenti condanne per demansionamento (l'ultima è l'ordinanza della Cassazione n. 6873 del 22 marzo 2025) fino alla brutta storia della sospensione dell'indennità di Pronto soccorso nel Lazio proprio durante il picco del Giubileo, vicenda accaduta anche in Abruzzo. In Lombardia centinaia di infermieri vanno a lavorare in Svizzera ma la stessa Regione “importa” infermieri argentini innestando migrazioni di massa improbabili e mortificanti.

Molte delle criticità ricordate coinvolgono evidentemente anche i medici ma per loro il discorso è molto più complesso perché riguarda il ruolo stesso della professione all'interno del pubblico impiego e sembra tendere ad elaborare una transizione di status verso una categoria speciale; nondimeno, se nel frattempo Governo e Regioni facessero partire la trattativa per il triennio 2022-2024 sarebbe pur sempre un passo avanti.





Servizio Quota A

## **Medici: Enpam apre al riscatto agevolato della laurea con costo fisso e sconto fiscale**

I sanitari interessati potranno riscattare fino a 6 anni di laurea pagando, per ogni anno, un importo pari a quattro volte il contributo di Quota A

*di Claudio Testuzza*

4 aprile 2025

La Quota A versata all'Enpam, l'Ente di previdenza dei medici, è un contributo obbligatorio per tutti i medici e odontoiatri iscritti agli Ordini professionali, indipendentemente dal loro reddito. Questa realtà previdenziale ha, spesso, scontentato molti, specie i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per l'esiguità dei trattamenti pensionistiche e la loro già contribuzione all'Inps, ma a conti fatti ci si è accorti che la copertura di tali contributi non è affatto negativa.

### **Ora è possibile il “riscatto” per la Quota A**

L'Enpam, ora, ha introdotto nei propri regolamenti la possibilità di poter procedere al riscatto degli anni di studio ai fini di aumentare il periodo di contributi utili al pensionamento. In particolare si può farlo valere presso l'Inps se si va in pensione con il cumulo o con la totalizzazione (Enpam + Inps). Mentre non modifica il raggiungimento dell'età pensionistica necessaria per il pensionamento anticipato nel Fondo stesso. I sanitari interessati potranno chiedere di riscattare fino a 6 anni di laurea pagando, per ogni anno, un importo pari a quattro volte il contributo di Quota A in vigore al momento di presentazione della domanda. Per il 2025, il costo di un anno di laurea, in relazione al contributo annuo previsto per questo Fondo generale, sarà di 7.846,24 euro, con la possibilità di dedurre fiscalmente l'importo versato. Il pagamento può essere rateizzato fino a un massimo di 9 anni, a seconda della durata del riscatto richiesto.

### **Come chiedere il riscatto**

Il riscatto può essere totale o parziale. Si può scegliere di riscattare tutto il periodo previsto o solo una parte. E' possibile riscattare: il corso legale del diploma di laurea (non gli anni fuori corso): 6 anni per i medici chirurghi; 5 anni per gli odontoiatri laureati con il vecchio ordinamento (Decreto ministeriale 3 novembre 1999, numero 509) e 6 anni per gli odontoiatri laureati in base al Decreto ministeriale del 22 ottobre 2004, numero 270 (a partire dall'anno accademico 2009/2010); si può riscattare anche il periodo pre contributivo.

Può chiedere il riscatto l'interessato che non ha compiuto l'età per la pensione (68 anni) nel momento in cui è stata presentata la domanda; ha maturato un'anzianità contributiva sulla Quota A non inferiore a 10 anni; non abbia fatto domanda di pensione d'inabilità assoluta permanente; non abbia riscattato lo stesso periodo su altre gestioni o presso altri enti (per esempio Inps).

### **I vantaggi della quota A**

Ricordiamo che il contributo alla Quota A finanzia la pensione di base ma anche altre prestazioni previdenziali. Ampio, infatti, è il ventaglio di tutele. Ad esempio si dà accesso all'assegno di maternità, ad un vitalizio di 1.200 euro in caso di non autosufficienza, a sussidi per medici e dentisti che si trovano in difficoltà economica, alla possibilità di un mutuo ad accesso agevolato per comprare la prima casa o lo studio professionale. Il pagamento della Quota A mette al riparo anche dalle conseguenze delle calamità naturali, con aiuti economici fino a 19.500 euro per danni alla prima casa, allo studio professionale o ai beni mobili, come automezzi, computer e attrezzature. E' prevista, poi, l'iscrizione automatica e gratuita all'assicurazione per il rischio di non autosufficienza , Long Term Care, che garantisce un assegno di 1.200 euro al mese, che si sommano alla pensione ed alle altre tutele Enpam. La Quota A costituisce una garanzia anche per i propri cari, dal momento che la pensione Enpam è reversibile ai familiari che ne hanno diritto, con percentuali maggiori di quelle dell'Inps , il 70% rispetto al 60% e fino al 100% in caso di figli.



## IL GIUBILEO DEGLI AMMALATI

«Tutelare la salute  
per costruire la pace»

Flocchini, Funghi e Melina a pagina 6

# «Tutelare la salute, costruire la pace» Zuppi: l'umanità soffre, diamo risposte

GRAZIELLA MELINA  
Roma

Che si tratti di salvaguardare la salute o di costruire la pace «siamo tutti corresponsabili». Nessuno deve tirarsi fuori. «Alle nostre mani, alle nostre menti, alla nostra volontà e al nostro cuore è affidata la speranza». Il cardinale Matteo Zuppi ieri pomeriggio, all'Università Pontificia Lateranense, al convegno "Many Worlds, One Health", lo ha ribadito senza girarci intorno: «Ognuno di noi può e deve essere una parte nella soluzione dei conflitti sociali per la costruzione di un mondo più fraterno e solidale. È nostro il ruolo di ascolto e presa in carico delle sofferenze dell'umanità che attende una risposta». All'appello del presidente della Cei hanno subito risposto con un applauso, senza tentennare nemmeno un secondo, tutti i rappresentanti delle Federazioni e dei Consigli nazionali italiani che operano in sanità e nei servizi sociali. In centinaia hanno voluto seguire l'evento organizzato dalla Commissione episcopale per il servizio della carità e la salute e promosso dall'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della Cei, in occasione del Giubileo degli ammalati e del mondo della sanità.

«In un consesso internazionale di professionisti della sanità - ha chiarito il cardinale Zuppi

nel video messaggio - non deve apparire strano che si parli di pace: è dal dialogo a diversi livelli, dal confronto tra interlocutori diversi, che nascono parole e cammini condivisi». Tutela della salute e promozione della pace, dunque, camminano di pari passo. Come ha ribadito anche l'esperta dell'Oms Europa, Natasha Azopardi-Muscat. «Continuiamo a far sentire la nostra voce per tutelare tutti. Con lo spostamento di risorse per la difesa - ha messo in guardia l'esperta dell'Organizzazione mondiale della sanità - si spenderà meno per la salute. Quindi sempre più persone dovranno spendere di tasca propria per le cure sanitarie. Sappiamo che molti oggi devono scegliere se curarsi oppure pagare le utenze, il cibo o altre necessità». Senza contare la diffusione delle malattie infettive, come il morbillo, a causa della mancanza di fiducia nei vaccini, e poi l'aumento delle malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il cancro, il diabete, molte delle quali prevenibili con corretti stili di vita. «Abbiamo bisogno di un'azione centralizzata da parte dei governi - ha ribadito Michael G. Marmot, direttore dell'International Institute for Society and Health di Londra - per raggiungere l'obiettivo della giustizia sociale e di minori disuguaglianze sanitarie».

La questione, del resto, non può essere limitata entro i confini nazionali. «Il grande tema delle povertà sanitarie è trasversale, riguarda tante fasce

sociali e tanti mondi - ha ricordato il direttore dell'Ufficio Cei per la Pastorale della salute, don Massimo Angelelli -. Ecco perché occorre entrare in un'ottica "one health", dobbiamo fare le cose insieme. La persona che abbiamo di fronte è unica, in qualunque Paese si trovi, e ha bisogno di una risposta unitaria». Ma serve la partecipazione attiva di tutti. A cominciare dagli stessi pazienti e dai *caregiver*. E non a caso, ieri mattina, sempre alla Lateranense, sono stati proprio loro i protagonisti del convegno "Il ruolo della *patient advocacy* nella costruzione della speranza", promosso dall'Ufficio nazionale per la Pastorale della salute della Cei e dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. «Da quando è nato il sistema sanitario nazionale, quarantasette anni fa, le associazioni dei cittadini hanno sempre garantito un impegno costante come agenti di cambiamento, per renderlo più attento alle esigenze dei cittadini - ha ricordato Teresa Petrangolini, direttore del Patient



Advocacy Lab di Altems –. Stiamo parlando di uomini e donne che si impegnano per tutelare i diritti di pazienti affetti per esempio da patologie rare, che chiedono il diritto ad accedere alle cure in modo equo e ovunque si viva, e a poter ottenere interventi e diagnosi tempestive». Non sempre possibili però a causa di ostacoli burocratici o per mancanza di strutture adeguate.

«Se tutti i sistemi sanitari sono alle prese con problemi di sostenibilità – ha chiarito Amerigo Cicchetti, direttore generale della Programmazione sani-

taria del Ministero della Salute – non è solo per una questione di mancanza di risorse. Dobbiamo recuperare la fiducia dei cittadini: il sistema sanitario lo vediamo ormai come un supermercato, un bancomat, non come un bene di tutti. E invece serve uno sforzo collettivo per tenerlo in piedi». Il ruolo dei pazienti è dunque fondamentale. «La partecipazione dei cittadini è il miglior sistema per garantire la correttezza amministrativa anche delle aziende sanitarie, vigilando per esempio sulle liste di attesa – ha sottolineato Filippo Anelli,

presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo) –. Il Sistema sanitario nazionale italiano oggi rappresenta una speranza concreta, spesso l'unica, per potersi curare».

7 RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'EVENTO

Nell'ambito del Giubileo degli ammalati, l'Università Pontificia Salesiana ha ospitato un convegno promosso dalla Cei con il videointervento del presidente dei vescovi italiani

L'esperta Oms, Azzopardi-Muscat: «Più risorse per la difesa, meno per la salute». Don Angelelli (Cei): «La sfida della povertà sanitaria chiede un impegno unitario, la persona che abbiamo di fronte è unica, in qualunque Paese si trovi»

Ventimila i pellegrini a Roma per il Giubileo degli ammalati. Ieri, per loro, il passaggio della Porta Santa. Con lunghe processioni di persone fin dalle prime ore della giornata / Siciliani





# «Più umane, solidali, per tutti: le cure che danno speranza»

FRANCESCO OGNIBENE

Sarà in piazza di Spagna questo pomeriggio a riflettere sul valore del dono per la cura con monsignor Rino Fisichella, il sindaco di Roma Roberto Gualtieri e il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, con testimonianze di professionisti della salute e pazienti. Al ministro della Salute Orazio Schillaci il messaggio del Giubileo degli ammalati e del mondo della sanità, che richiama a Roma oggi e domani 20mila pellegrini, incoraggia più di una considerazione d'attualità.

**Da cosa si sente interpellato, anche personalmente?**

Il Santo Padre durante la sua degenza al Policlinico Gemelli ha fatto riferimento in più occasioni alla "premura del servizio" e alla "tenerezza della cura" da parte dei medici e degli operatori sanitari. Credo che sia proprio in questa relazione di cura che vada ricercato il significato del Giubileo, perché chi vive la malattia ha bisogno non solo di terapie farmacologiche, di procedure chirurgiche, ma di una dimensione umana. Non dimentichiamo che in Italia si parla comunemente di Servizio sanitario nazionale, un'espressione ben precisa che ha a che fare con l'essere delle persone a servizio di altre persone, con il curante inteso come "una persona che cura un'altra persona". Proprio per questo abbiamo previsto che il principio dell'umanizzazione sia alla base dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. Un tavolo ad hoc del Ministero è già al lavoro per definire i criteri di questi nuovi modelli organizzativi. Personalmente sento il dovere di fare tutto quanto è nelle mie facoltà per rafforzare e mettere in sicurezza il nostro

welfare sanitario affinché resti saldamente ancorato ai principi di solidarietà, equità, gratuità. Non è un caso se abbiamo scelto di dedicare l'evento di oggi alla solidarietà e al dono per promuovere la donazione di sangue e di trapianti, e per sottolineare l'importanza della solidarietà verso chi è più fragile.

**Cosavol dire per la sanità italiana oggi "dare speranza"?**

Gli enormi progressi compiuti nel campo della medicina hanno permesso di trattare malattie che fino a pochi decenni fa erano incurabili. Dal punto di vista del progresso scientifico viviamo un'epoca d'oro, perché la rapidità con cui vengono messe a punto le innovazioni terapeutiche, diagnostiche e interventistiche consente di curare sempre meglio un ampio ventaglio di patologie. Ciò detto, è necessario che la sanità italiana dia a tutti la possibilità di accedere a queste innovazioni e di darle nei tempi giusti. Una "sanità che non delude" non esclude nessuno e si fa carico di tutti con tempestività, senza distinzioni.

**Un tema assai caro a Francesco è la necessità di contrastare la "società dello scarto", che considera accettabile "lasciare indietro" chi non ce la fa. Il problema è di saperle opporre una "società della cura". Come si fa?**

Premesso che l'idea di lasciare indietro qualcuno è contraria allo spirito del nostro Servizio sanitario nazionale, non possiamo negare che viviamo in un momento storico caratterizzato da un'attenzione maggiore al profitto che alla persona. Però credo che in Italia siano ancora forti gli anticorpi contro questa deriva dello scarto. Certo, non dobbiamo mai abbas-

sare la guardia e continuare a lavorare per una ridefinizione dell'offerta sanitaria che anche in un'epoca di tecnologizzazione ruoti intorno alla centralità della persona, al rispetto della dignità umana che non vengono mai meno nelle situazioni di vulnerabilità. Innovare la nostra sanità pubblica non significa rinunciare a quei principi e valori che l'hanno resa un patrimonio inestimabile di tutta la Nazione.

**Il Papa durante la sua degenza ha parlato di una "luce" che "risplende" ogni giorno "negli ospedali e nei luoghi di cura"...**

Ho provato un sentimento di enorme gratitudine verso il Pontefice. Sono convinto che quelle parole abbiano fatto un gran bene ai tanti medici e infermieri e a tutti gli operatori della sanità che lavorano con grande senso del dovere e passione, anche talvolta tra mille difficoltà. Inoltre, sono parole che possono avere il potere di far riscoprire la relazione medico-paziente che negli ultimi tempi è entrata in grande sofferenza. Basti pensare ai continui episodi di violenza a cui spesso assistiamo contro gli operatori sanitari e sociosanitari, dovuti a una complessità di fattori tra cui una progressiva perdita del senso della relazione. Ecco per-





ché è importante che si parli di Giubileo degli ammalati e del mondo della sanità: anche questo è un messaggio per far comprendere che queste due parole – paziente e operatore sanitario – devono andare sempre l'una accanto all'altra.

**La cura dei più vulnerabili ha a che fare con la sostenibilità del Sistema sanitario. Lo si voglia o no, si impongono scelte. Ma in base a quali criteri?**

Con l'allungamento della vita media è aumentata in maniera significativa la domanda di assistenza sanitaria dovuta all'incremento di patologie croniche correlate all'età e che drenano molte più risorse economiche. Dinanzi a questo nuovo scenario demografico stiamo mettendo in atto nuovi approcci e modelli assistenziali per salvaguardare la sostenibilità del-

la sanità pubblica e continuare a occuparci dei più vulnerabili. Mi riferisco in particolare al rafforzamento dell'assistenza territoriale, perché è sul territorio che dobbiamo prenderci cura adeguatamente dei bisogni di salute dei più fragili, evitando allo stesso tempo un deterioramento delle loro condizioni cliniche e abbattendo il tasso di ricoveri, soprattutto di quelli inappropriati. Un altro asse su cui stiamo investendo è la prevenzione che è fondamentale per avere meno malati in futuro e dunque meno costi per l'assistenza. In questo modo possiamo garantire sostenibilità, liberando risorse da reinvestire nelle innovazioni, che hanno costi notevoli ma anche benefici sorprendenti sia in termini di efficienza economica che di efficacia delle cure.

**La vicenda clinica e umana di**

**molti ammalati affetti da patologie gravi pone interrogativi etici sul "fine vita", con una diffusissima domanda di cure adeguate che convive con la richiesta in alcuni casi di morte assistita. Il Sistema sanitario può rispondere alla prima evitando che la seconda diventi una strada "ordinaria", come purtroppo accade in alcuni Paesi?**

L'approvazione della legge 38/2010 sulle cure palliative ha segnato un passaggio importante per l'Italia, ma non è stata, a mio avviso, valorizzata in maniera adeguata. Oggi ci troviamo con alcune Regioni che prevedono reti ben funzionanti e altre che presentano forti criticità. Eppure sta emergendo a livello internazionale che la richiesta di morte assistita diminuisce in maniera significativa in presenza di un accesso garantito al sistema

delle cure palliative. In questo scenario e per la necessità di una maggiore omogeneità a livello regionale, già nella legge di bilancio 2023 è stato chiesto alle Regioni un potenziamento delle cure palliative per garantirle, entro il 2028, al 90% della popolazione interessata e nel 2025 abbiamo aumentato di 10 milioni di euro il fondo dedicato. Le considero misure di civiltà e di speranza per tanti pazienti e famiglie che vivono esperienze di grande dolore.

Il ministro della Salute  
Orazio Schillaci oggi  
al Giubileo degli ammalati  
e del mondo della sanità:  
«Farò tutto il possibile  
per mettere in sicurezza  
un Sistema sanitario che  
rispetti la dignità umana e  
i vulnerabili. Fine vita, più  
forza alle cure palliative»



Per il mondo della salute  
oggi e domani a Roma  
il Giubileo degli ammalati  
e delle figure sanitarie



Il ministro Orazio Schillaci



## IL SILENZIO SUL FINE VITA

di **Marco Ascione**

**Q**uanto tempo ancora?  
Roma, 23 settembre 2006, Palazzo del Quirinale. «Caro Welby, ho ascoltato e letto con profonda partecipazione emotiva l'appello che lei ha voluto pubblicamente rivolgermi. (...) Penso che tra le mie responsabilità vi sia quella di ascoltare con la

più grande attenzione quanti esprimano sentimenti e pongano problemi che non trovano risposta in decisioni del governo, del Parlamento, delle altre autorità cui esse competono».

continua a pagina 30

**Vuoto** Sono passati 19 anni dal caso Welby e non si è ancora arrivati a un «responsabile chiarimento». Ferme 5 proposte di legge

## FINE VITA, IL PARLAMENTO DECIDA

di **Marco Ascione**  
SEGUE DALLA PRIMA

**A**scrivere era Giorgio Napolitano. Che così proseguiva: «Raccoglio il suo messaggio di tragica sofferenza con sincera comprensione e solidarietà. Esso può rappresentare un'occasione di non frettolosa riflessione su situazioni e temi, di particolare complessità sul piano etico, che richiedono un confronto sensibile e approfondito, qualunque possa essere in definitiva la conclusione approvata dai più. Mi auguro che un tale confronto ci sia, nelle sedi più idonee, perché il solo atteggiamento ingiustificabile sarebbe il silenzio, la sospensione o l'elusione di ogni responsabile chiarimento».

Tre mesi dopo, il 20 dicembre, Piergiorgio Welby, militante del Partito radicale e copresidente dell'associazione Luca Coscioni, affetto da una distrofia muscolare che lo aveva ridotto immobile a letto senza neppure poter respirare da solo, avrebbe spento la sua vita e la sua pena grazie all'anestesista Mario Riccio. Mentre Welby teneva la sua mano stretta in quella della moglie, il medico, poi proscioltto dall'accusa di omicidio del consenziente, staccava il respiratore. Proscioltto per «aver agito nell'adempimento di un dovere». Sotto l'ombrello della Costituzione: l'articolo 32, con il relativo diritto a rifiutare o interrompere le terapie perché «nessuno può essere sottoposto a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge». Materia poi disciplinata dalla legge 219 del 2017, quella sul testamento biologico, varata tra mille tormenti anche sull'onda del terremoto emotivo innescato dal caso di Eluana Englaro. Segno che una qualche risposta la politica l'ha dovuta dare.

Ma l'urlo di Welby era stato più acuto. Ciò che aveva chiesto andava oltre il diritto di rinunciare alle cure. Ciò che invocava era una legge che consentisse l'eutanasia. «Morire — aveva scritto a Napolitano — mi fa orrore ma questo è un insensato accanimento».

Sono trascorsi 19 anni e sul fine vita non si è ancora giunti a un vero «responsabile chiarimento».

Di tutto si può e si deve discutere, quando ci si affaccia su un territorio così eticamente sensibile e doloroso, stando bene attenti a distinguere tra il diritto di rinunciare ai trattamenti terapeutici, la possibilità di avvalersi delle cure palliative, i concetti di suicidio assistito e di eutanasia. Ben consci di essere sospesi in un «bipolarismo etico», per usare un'espressione dell'ex presidente della Consulta Augusto Barbera («Non solo sulla Carta», il Mulino), tra la doverosa tutela del valore della vita e la disperazione di chi soffre intollerabilmente e senza alcun orizzonte di guarigione e rivendica la scelta di entrare nella morte ad occhi aperti.

In questo labirinto in cui è così facile smarrirsi, solo una scelta appare inammissibile: quella di un Parlamento che si volti dall'altra parte.

Negli anni la Corte costituzionale ha tracciato una strada in solitudine, non definendo alcun diritto al suicidio assistito, ma delineando un perimetro con due sentenze, la 242 del 2019 e la





135 del 2024. Che cosa affermano in sostanza i giudici? Che vanno innanzitutto rese fruibili in tutta Italia le cure palliative. Anche se, aggiungono, esistono situazioni (patologie irreversibili, sofferenze intollerabili, dipendenza da sostegni vitali, e assunzione da parte del malato di decisioni libere e consapevoli) in cui va esclusa la punibilità di chi «agevola» la volontà di uccidersi. Purché tali condizioni (che devono realizzarsi tutte insieme) e le modalità di esecuzione «siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».

A breve la Consulta sarà nuovamente chiamata ad esprimersi. I legislatori attenderanno in tribuna. Eppure i giudici delle leggi non hanno mai preteso di sostituirsi ai parlamentari, ai quali invece si sono sempre rivolti.

Sono attualmente cinque le proposte di legge depositate alla voce «fine vita». Tutte ferme ai banchi di partenza.

In questa imbarazzante sospensione è valso, finora, per i casi di suicidio assistito, solo il dettato della Corte.

Nel vuoto, la Toscana, guidata dal pd Eugenio Giani, ha votato una propria legge per disciplinare le richieste.

Nel vuoto, l'Emilia-Romagna, quando al timone c'era ancora Stefano Bonaccini, altro rappresentante del partito di Schlein, ha adottato un provvedimento amministrativo.

Nel vuoto, il Veneto del leghista Luca Zaia, proprio su spinta

decisa del suo governatore, ha tentato di adottare una propria legge, sebbene infrangendosi sugli scogli dei veti e delle divisioni.

Nel vuoto, la Conferenza dei vescovi di Matteo Zuppi ha pungolato il Parlamento. Con uno scarto notevole rispetto al passato. La Chiesa italiana rivendica (come potrebbe non farlo?) la necessità di tutelare nel miglior modo possibile la vita, si dice

preoccupata per l'interventismo delle Regioni e certo non vuole una legge che agevoli il suicidio assistito. Ma, aggiunge, serve «un ampio confronto parlamentare che rappresenti il Paese e le reali necessità dei suoi cittadini, scevro da logiche di parte e possibili strumentalizzazioni». Forse non sanno che esistono anche i binari della Consulta? Lo sanno.

Negli ultimi mesi qualche timido segnale è stato intercettato anche in area Fratelli d'Italia. Il Parlamento deve scegliere: è meglio lasciar plasmare alla Corte costituzionale, sentenza dopo sentenza, o è auspicabile dare forma a una sintesi, lì dove si fanno le leggi, che rispecchi l'orientamento della società mediando tra le diverse sensibilità?



ILLUSTRAZIONE DI DORIANO SOLINAS



**VERSO UNA LEGGE: MESSAGGIO DEL CARDINALE ZUPPI AL CONVEGNO DI INTELLETTUALI CATTOLICI A ROMA**

# Fine vita, il “diritto alla speranza” terapia umana anti-eutanasia

GRAZIELLA MELINA

**Q**uando la diagnosi di una malattia grave non lascia scampo si può e si deve parlare di speranza. Anche se, come ha ricordato ieri il cardinale Matteo Zuppi, «in questi tempi di cambiamenti d'epoca e di guerre palesi e latenti» dobbiamo riflettere se ci sia davvero un “diritto” alla speranza. Che nasce prima di tutto «dalle relazioni umane, dalla vicinanza, dalla solidarietà, quella per cui nessuno deve mai essere lasciato da solo». Nel suo messaggio alla platea che ieri ha partecipato a Roma al convegno “La speranza cura. Quale diritto nella malattia inguaribile?”, organizzato dall'Università Europea di Roma (Uer) nel complesso monumentale di Santo Spirito in Sassia alla vigilia del Giubileo degli ammalati e del mondo sanitario, il presidente Cei ha voluto ricordare le parole di papa Francesco: «Stiamo vivendo quasi a livello mondiale una forte tendenza alla legalizzazione dell'eutanasia. Sappiamo che, quando si dà un accompagnamento umano, sereno e partecipativo, il paziente cronico grave o il malato in fase terminale percepisce questa solle-

itudine. Persino in quelle dure circostanze se la persona si sente amata, rispettata, accettata, l'ombra negativa dell'eutanasia scompare o diviene quasi inesistente, poiché il valore del suo essere si misura in base alla sua capacità di dare, di ricevere amore, e non in base alla sua produttività». «Ecco – è il commento di Zuppi –, questa è vera speranza e a questa tutti hanno diritto. È una terapia umana integrale. Si nutre di relazione e di cura. È lo sguardo della persona malata sulla propria malattia, cui si unisce la prospettiva sia del curante sia della comunità tutta».

Eppure, quindici anni dopo la legge 38 sul diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore, di speranza molti malati avvertono bisogno e carenza. «Quella legge è nata dopo la vicenda di Eluana Englaro – ha ricordato la promotrice Paola Binetti, ordinario di Storia della medicina e scienze umane dell'Università Campus Bio-medico di Roma –. L'abbiamo voluta perché mai più nessun paziente possa sentirsi solo o abbandonato, né possa rappresentare per la famiglia un carico di lavoro così pesante da creare sensi di colpa, tanto da portare a desiderare la morte per non gravare sulla famiglia. Non a caso è stata votata all'unanimità dall'intero Parlamento». Da allora di passi ne sono stati fatti, alcune Regioni – come il Lazio – si sono attrezzate, tante al-

tre invece latitano. Eppure, la priorità pare la legge per il fine vita. «Credo si possa fare una legge che chiarirà alcuni punti e condizioni di presa in carico, ma sono preoccupata – ammette Binetti – perché nella richiesta di chi vuole questa norma si vuole definire una eutanasia vera e propria, e non si considereranno soddisfatti finché non la otterranno». «Le norme non si fanno per i casi singoli», ha ricordato Alberto Gambino, prorettore Uer e ordinario di Diritto privato. La legge 38 era legata a una rete: «Ovunque si dovrebbe avere la possibilità di lenire il dolore, anche se non si è nel fine vita». Inutile dire che curare i malati inguaribili, gli anziani cronici, tutti i più fragili, per le aziende sanitarie è un peso economico non indifferente. Se prevale «una spinta sociale nel ritenere alcune vite meno degne», ha ribadito Gambino, vorrà dire che alla fine ci potremo trovare davanti ad un bivio: «Affrontare un momento di sofferenza con un grande investimento nella cura del dolore, oppure uno minore con l'interruzione della vita». Al confronto Uer anche gli interventi dei giuristi Emanuele Bilotti e Filippo Vari, della filosofa Claudia Navarini e del presidente dei Medici cattolici Stefano Ojetti.





Tre scienziati della Stanford University propongono di creare i "bodyoids", esseri privi di coscienza da usare per facilitare trapianti e sperimentazione medica. La tecnologia è vicina, ma aprirebbe enormi dilemmi etici

# Corpi umani coltivati come pezzi di ricambio

## IL CASO

**A**lla fine di marzo, sulle pagine del *Mit Technology Review*, tre scienziati di Stanford hanno avanzato un'idea: creare corpi umani senza coscienza per facilitare trapianti e sperimentazione. Potrebbe suonare come una teoria uscita direttamente da un film di fantascienza a tinte horror, magari anche lontana nel tempo. In realtà, scrivono gli scienziati, potremmo essere molto più vicini a questa tecnologia di quanto non pensiamo. Gli autori dell'opinione sono i professori Carsten T. Charlesworth, Henry T. Greely e Hiromitsu Nakauchi, che ipotizzano corpi umani cresciuti in laboratorio come una concreta soluzione alle interminabili liste d'attesa ospedaliere e ai fallimentari test farmaceutici. Solo negli Stati Uniti, infatti, sono 100mila le persone in attesa di un trapianto di organi, mentre in Italia – nel 2024 – si parla di 8mila persone in lista, scrive l'Ansa.

## IL METODO

Questi "bodyoids", come sono chiamati dagli scienziati, sarebbero realizzabili attraverso le cellule staminali pluripotenti, create artificialmente in laboratorio partendo dalle cellule di una persona adulta. Importante sottolinearlo, vista l'inquietudine della teoria, si tratterebbe ovviamente

di corpi senza coscienza e quindi pensiero, consapevolezza o dolore. Insomma, corpi di ricambio a tutti gli effetti, che ridurrebbero anche i test sugli animali vivi e coscienti.

## L'IPOTESI

Una proposta macabra, certo, ma che potrebbe essere un'autentica rivoluzione per la ricerca scientifica. Un cambiamento che, inevitabilmente, porterà con sé anche diversi dubbi di carattere etico. Motivo per cui, nel loro articolo per la rivista dell'università del Massachusetts, gli scienziati chiedono immediatamente un dibattito pubblico e politico. L'intuizione è arrivata osservando l'avanzamento di diverse tecnologie nell'ambito biomedicale: le cellule staminali, utilizzate dai ricercatori per creare embrioni umani, gli uteri artificiali, che hanno aperto la strada allo sviluppo dei feti fuori dal corpo

umano, e infine la genetica. Quest'ultima sarebbe fondamentale per inibire lo sviluppo del cervello in questi corpi di ricambio.

## LIMITAZIONI

«Abbiamo motivo di aspettarci che i *bodyoid* possano trasformare radicalmente la ricerca biomedica affrontando le limitazioni critiche degli attuali modelli di ricerca, sviluppo di farmaci e medicina», scrivono Charlesworth, Greely e Nakauchi. «Tra i molti altri vantaggi, offrirebbero una fonte quasi illimitata di organi, tessuti e cellule da utilizzare nei trapianti».

«Potrebbe anche essere possibile generare organi direttamente dalle cellule di un paziente – aggiungono – Essenzialmente clonando il materiale biologico di qualcuno per garantire che i tessuti trapiantati siano una corrispondenza immunologica perfetta e quindi eliminando la necessità di immunosoppressione per tutta la vita».

## DUBBI

Oltre alle conquiste tecniche ancora da raggiungere, le teorie degli scienziati potrebbero sempre essere smentite dalla sperimentazione. Non è chiaro, infatti, se gli

embrioni creati con le staminali possano effettivamente far nascere un essere umano vivo. E non è neanche scontato che questi *bodyoid* sopravvivano senza un cervello sviluppato, o se possano effettivamente servire per gli scopi ipotizzati.

Non si è neppure così sicuri che tutto ciò sia pratico ed economico. «Ognuna di queste domande richiederà ricerche e tempo – aggiungono – Ma crediamo che questa idea sia ora abbastanza plausibile da giustificare la discussione sia della fattibilità tecnica che delle implicazioni etiche». Se, ed è giusto usare il condizionale, questa ipotesi dovesse rivelarsi applicabile, ciò aprirebbe la strada a utilizzi anche fuori dall'ambito medico. Se applicato agli animali, ad esempio, si potrebbe impedire la morte di milioni che vengono uccisi per il consumo di carne.

## CONSENSO

Tuttavia, come già accennato, ci sono dubbi etici importanti. Tra i primi c'è una questione di consenso, le cellule che verrebbero utilizzate per i *bodyoids* devono essere prelevate da una persona viva, che potrebbe non acconsentire al loro uso per questa specifica applicazione, definita "controversa" dagli stessi scienziati di Stanford.



Poi, i bodyoids, anche senza coscienza e senza possibilità riproduttive, vivi ma non vivi, sarebbero considerati comunque umani o no? Comunque, i benefici, per la ricerca scientifica, ci sarebbero. Ma «le questioni etiche e sociali sono importanti almeno quanto quelle scientifiche. Solo perché qualcosa può essere fatto non si-

gnifica che debba essere fatto», avvertono Charlesworth, Greely e Nakauchi.

**Damiano D'Agostino**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le domande

### 1 COSA SONO I BODYOIDS?

Sono corpi umani senza coscienza cresciuti in laboratorio, teorizzati dagli scienziati di Stanford

### 2 QUALE TECNOLOGIA VIENE UTILIZZATA?

Cellule staminali, uteri artificiali e genetica potrebbero rendere i "bodyoids" possibili in futuro

### 3 CI SONO DUBBI ETICI?

Molti, dal consenso per le staminali fino al considerare o no "umani" questi corpi senza coscienza

## I RICERCATORI VOGLIONO APRIRE LA DISCUSSIONE: È MORALMENTE LECITO? E C'È ANCHE IL NODO DEL CONSENSO DELLE DONAZIONI DI STAMINALI

Corpi umani "senza coscienza" per trapianti ed esperimenti? Un'ipotesi che divide

(Illustrazioni Freepik)





QUI NOVARA

# Il detector di Tommy scopre il Parkinson

LUCIA BELLASPIGA  
Cressa (Novara)

Vedere nonno Sergio morire di Parkinson e apprendere dai medici ospedalieri che esisterebbero dei segni premonitori della malattia, ma bisognerebbe essere in grado di captarli prima che siano visibili ad occhio nudo, è stata la scintilla per decidere di inventarlo lui il congegno diagnostico. E così Tommaso Caligari, 19 anni appena compiuti, studente del V anno all'Iti Omar di Cressa (Novara), indirizzo di Elettrotecnica e Robotica, ha usato l'intelligenza artificiale per analizzare i movimenti delle persone in cammino e stabilire se siano o meno a rischio Parkinson. Come funziona la sua invenzione ce lo spiega lui, ancora emozionato per aver ricevuto dal Quirinale

l'onorificenza di "Alfiere della Repubblica": «Ho pensato di far camminare la persona tra due webcam posizionate una di fronte all'altra in una stanza e di filmare la camminata con l'uso dell'intelligenza artificiale: elaborando i dati attraverso un algoritmo, si scopre se in quel soggetto c'è un'alterazione nei movimenti, ad esempio una particolare oscillazione delle braccia che non c'è nei soggetti sani». Anomalie impercettibili, appunto, se non con il suo "Parkinson detector". Ma Tommaso sa bene che il metodo scientifico prevede prove e controprove, così ha sperimentato il sistema sui malati di Parkinson di una struttura di Arona, alcuni ancora nelle fasi iniziali e altri in malattia già avanzata, e in effetti funziona. «Ora mi fermo per gli esami di maturità, ma poi vorrò testarlo in veri studi clinici su un numero maggiore di persone, per aiutare seriamente i medici a curare presto i malati

come mio nonno Sergio, morto 4 anni fa». Il suo "Parkinson detector" servirebbe per una prima scrematura, spiega il giovane inventore, poi chi risultasse a rischio procederebbe a ulteriori esami per verificare se è davvero predisposto o no.

Una bella rivoluzione, insomma, come quella con cui da mesi sta valutando i movimenti dell'aria inquinata nel suo Comune, 1.484 anime: «Attraverso varie stazioni vediamo con estrema puntualità da dove arriva l'inquinamento e il sistema è a impatto zero. Grazie al don, un'antenna posta sul campanile della chiesa trasmette i dati a me, direttamente al mio server, e io li rielaboro». Sempre sua è l'idea di un dispositivo che attraverso la visione artificiale rileva i veicoli contromano sfruttando le telecamere già presenti in autostrada, e ne comunica tempestivamente la presenza in modo da intervenire subito... un'invenzione con cui ha vinto il con-

corso "Fast- I giovani e le scienze" e che nel 2022, a 16 anni, lo ha portato fino ad Atlanta, negli Stati Uniti.

Dopo la maturità lo aspetta il Politecnico di Milano, facoltà di Ingegneria Elettronica, unica eccezione in una famiglia in cui padre e madre sono fisioterapisti e il fratello studia medicina. Ma dove il Dna evidentemente porta sempre lì, alla cura della persona: «La cosa che mi dà più soddisfazione? Cambiare un pochino il mondo che mi circonda, dare una mano a stare a stare tutti meglio».



Un primo piano di Tommaso Caligari



## La salute mentale

La scorsa settimana si è tenuto presso l'Aula Magna della Pontificia Università Lateranense a Roma il Giubileo della Salute Mentale, un dibattito sullo stato di salute mentale degli italiani. I dati sono allarmanti ed evidenziano un'emergenza silenziosa, ma crescente. A fronte di un aumento costante dei disturbi psichici, in particolare tra i giovani, le risposte sanitarie appaiono sempre più inadeguate, con una carenza di risorse umane e strutturali. Numeri di **Priscilla Ruggiero**.

• • • •

### 16 milioni

Le persone che in Italia convivono con disturbi mentali: un aumento del 6 per cento registrato nel 2023 rispetto all'anno precedente. Le diagnosi più frequenti sono ansia e depressione, che colpiscono circa il 75 per cento dei pazien-

ti, quasi 12 milioni di persone.

• • • •

### 1.500

Le persone che ogni giorno si recano al pronto soccorso per problematiche legate alla salute mentale. Nel 2023 si sono registrati 26.000 accessi in più rispetto al 2022, mentre i ricoveri nei reparti psichiatrici ospedalieri sono cresciuti di 7.000 unità. Gli utenti seguiti dai dipartimenti di salute mentale sono aumentati del 10 per cento.

### 4 per cento

La crisi della salute mentale ha anche un impatto economico rilevante: in Italia, il costo stimato corrisponde al 4 per cento del pil. A livello globale, depressione e ansia fanno perdere 12 miliardi di giornate lavorative ogni anno, con un costo che si aggira attorno a un trilione di dollari.

• • • •

### 25 anni

Il 75 per cento dei disturbi mentali si manifesta prima dei 25 anni di età, e circa la metà addirittura entro i 16. Questo dato, richiamato durante l'intervento del ministro della Salute Schillaci, sottolinea l'urgenza di politiche di prevenzione efficaci, focalizzate soprattutto sui giovani. Si registra un aumento dei disturbi del comportamento alimentare, l'uso di sostanze, l'autolesionismo e, nei casi più gravi, i tentativi di suicidio.

### 2 milioni

Il 3,5 per cento degli italiani, oltre 2 milioni di persone, non riesce a trovare aiuto per i propri disturbi mentali. Un vuoto assistenziale attribuito allo stigma sociale, alla paura del giudizio ma anche dalle inefficienze di un sistema sanitario che non sempre garantisce tempestività ed equità nell'accesso alle cure.





# *Infezioni, il Piano nazionale punta sulla prevenzione*

**DI PASQUALE QUARANTA**

**F**acilitare l'adesione ai programmi di prevenzione e ai servizi di cura per le persone affetti da HIV, epatiti virali o infezioni sessualmente trasmissibili (IST); rafforzare i sistemi di sorveglianza sanitaria; promuovere la diagnosi precoce di infezioni; promuovere l'accesso e l'uso di efficaci strumenti di prevenzione; realizzare campagne informative e diffondere le conoscenze relative alle infezioni causate da HIV, epatiti virali e IST.

Sono questi i principali sei obiettivi del nuovo Piano Nazionale di Interventi per la prevenzione delle infezioni da HIV, delle epatiti virali e delle infezioni sessualmente trasmesse (IST) per il quinquennio 2024-2028. Il documento, redatto dal Ministero della salute, è stato trasmesso nei giorni scorsi alla Conferenza Stato Regioni che lo dovrebbe esaminare in una delle prossime riunioni e si pone come scopo ultimo quello di contrastare con maggior incisività le infezioni con particolare attenzione a quella da HIV. Il Piano, sotto il profilo metodologico, sarà attuato in stretta sinergia con le Regioni che dovranno redigere o aggiornare i propri Piani regionali in coerenza con le linee guida nazionali.

Inoltre, è previsto un coinvolgimento attivo delle comunità e delle associazioni, riconosciute come partner essenziali nella promozione della salute, nella lotta allo stigma e nell'offerta dei servizi sul territorio.

Nello specifico, per raggiungere gli obiettivi verrà utilizzata una strategia basata su una prevenzione combinata; infatti verranno: intensificate le attività formative volte all'educazione sessuale e alla promozione dell'uso dei profilattici sia al maschile che al femminile; potenziati gli strumenti di testing e diagnosi precoce; promosse campagne vaccinali per prevenire e contrastare IST emergenti; incentivate la terapia antiretrovirale per HIV e la terapia antivirale per HCV/HBV; rafforzato il rapporto tra i servizi sanitari, comunità e terzo settore; aiutati i soggetti fragili affetti da dipendenze da droga; promossi percorsi di offerta integrata di test di screening anche rapidi per HIV, epatiti virali e IST anche da parte di personale non sanitario operante presso unità mobili e, infine, aggiornate le funzioni del Comitato tecnico sanitario nazionale istituito presso il ministero della salute.

—© Riproduzione riservata



## ZOOM

Visite e controlli  
Giro di vite  
sul cambio sesso

di Maria Sorbi a pagina 16

# Le nuove regole sul cambio di sesso: registro dei gender e visite psichiatriche Stretta del governo sui farmaci facili

a cura di Maria Sorbi

F

inora il tema della disforia di genere è stato monopolizzato dalla politica e dalla propaganda di piazza. Venduto come lotta per un diritto. Ma a breve tornerà totalmente in mano a medici e psichiatri, come dovrebbe essere, vista la delicatezza dell'argomento. Stiamo parlando di giovani - giovanissimi - che vogliono cambiare identità e non si riconoscono nel proprio corpo: un disagio tale che non può essere dato in pasto a quattro slogan acchiappa consensi.

### LE NUOVE REGOLE

È in arrivo il registro della disforia: i centri sanitari (5 quelli pubblici, più di 80 quelli privati) dovranno inviare i dati sull'uso della triptorelina, il farmaco che blocca lo sviluppo, ma anche degli ormoni impiegati per il cambio di sesso. Di fatto verrà avviato un

monitoraggio per misurare sia le conseguenze delle terapie sul lungo periodo sia per autorizzare tutte le strutture sanitarie in base agli stessi criteri. La decisione verrà comunicata a breve dal Tavolo tecnico interministeriale che negli ultimi mesi ha impegnato 29 professionisti, tra psichiatri, endocrinologi e ginecologi, per «correggere il tiro» sulla scioltezza con cui si rischiava di affrontare la transizione genetica. Entro la fine di aprile è attesa la relazione del mi-





nistro della salute Orazio Schillaci che detterà le nuove linee guida e che, di fatto, dovrebbe ricalcare quanto già approvato a dicembre dal comitato nazionale di bioetica. «Il registro - spiega Gianvincenzo Zuccotti, ordinario di Pediatria all'Università Statale di Milano e membro del tavolo tecnico - sarà molto utile per verificare le prescrizioni e il percorso, un monitoraggio necessario». Sì, necessario per evitare che alcuni ospedali non seguano le regole. Ad esempio sulle visite psichiatriche: i protocolli ne richiedono (almeno) cinque, ma non sempre è così, come già accaduto lo scorso anno al Careggi di Firenze in cui è stata necessaria un'ispezione ministeriale.

## PSICHIATRA OBBLIGATORIO

Da quel momento è stata chiara a tutti la necessità di uno psichiatra fisso all'interno delle strutture per evitare

leggerezze «all'americana»: negli Stati Uniti infatti l'intervento per il cambio di genere si fa quasi come fosse un'operazione di estetica, compilando un modulo di consenso ben informato, scritto fitto fitto, e stop.

## I PUNTI OSCURI

In realtà i punti oscuri sulla disforia di genere sono ancora tanti. Punto numero uno, la triptorelina, il farmaco che blocca lo sviluppo puberale in attesa della decisione sul cambiamento di sesso: non si sa che effetti possa avere a lunga scadenza. Punto numero due: il rischio suicidi. Vari studi dimostrano che aumenti notevolmente nei ragazzi in transizione (la storia di Davide Alexandra Garufi, il tiktokker che si è ucciso un paio di settimane fa, ne è un esempio). Punto numero tre: il numero reale dei ragazzi che hanno la disforia, più basso rispetto a quelli che pensano

di soffrirne «per influenze culturali». Dal 2018 la disforia è stata «depatologizzata», cioè non è più catalogata tra i disturbi mentali ma annoverata tra i disturbi sessuali e l'Oms ha ufficializzato il declassamento nel 2019. Ma questo non significa né considerarla al pari di un'addomoplastica né, tanto meno, considerarla un «atto sovversivo», come invece certe lobbies politicizzate la vogliono «vendere» ai ragazzi più influenzabili. È una fragilità, provoca sofferenza, è delicatissima da trattare. E finalmente, grazie al nuovo registro, torna ad essere materia medica prima che politica.

## In arrivo la relazione del pool del ministero per evitare casi Careggi



MASSIMO CLERICI

## «È un tema medico No alla propaganda delle lobby Lgbt»

### Lo psichiatra: «Troppa leggerezza Ignorano la fragilità dei giovani»

**M**assimo Clerici è ordinario di psichiatria all'università Bicocca di Milano e già nel 2018 ha pubblicato, sulla rivista *Jama Pediatrics*, uno studio sul rischio di suicidio nei giovani con disforia.

**Professor Clerici, crede sia utile la creazione di un registro?**

«È assolutamente necessario perché il registro, dove viene rettificato l'atto di nascita, permette di avere dati reali precisi, che ad oggi non abbiamo, e di poter monitorare nel tempo la salute dell'interessato: stiamo parlando di interventi ormonali o chirurgici. Questo è un ambito ancora complesso e in parte oscuro ed avere un registro dei casi e degli interventi effettuati permetterà, nel tempo, di gestire le eventuali complicanze».

**Cosa si aspetta dal tavolo ministeriale sulla disforia?**

«Mi aspetto che dia indicazioni chiare sul fatto che vadano seguite le linee guida internazionali. Ci sono, sono riconosciute perché basate sulle evidenze, ma non tutti i centri le applicano. Serviranno a fissare le condizioni minime perché un centro che tratta la disforia sia conforme e da autorizzare. Per ora in Italia ce ne sono una novantina, la maggior parte

privati. Servono regole uguali per tutti».

**Pensa ci sia troppa leggerezza nell'affrontare il tema?**

«Spesso sì. Ci si dimentica che stiamo parlando di una fragilità identitaria sul piano biologico e psicologico di ragazzi molto giovani. Sono contrario all'idea che il problema sia da gestire a livello ideologico e da portare in piazza in una dimensione politica. Stiamo parlando di problematiche mediche. Invece troppo spesso l'ideologia trionfa a danno delle conoscenze scientifiche».

**E non tiene conto di tanti rischi del percorso di transizione, compreso quello del suicidio.**

«I rischi non possono essere sminuiti solo in nome di un diritto. Le lobbies LGBT, pur legittimate ad intervenire sul piano dei diritti civili, devono essere presenti nella tutela della salute individuale e collettiva. Come tuteliamo un adolescente dalle possibili violenze domestiche, così lo dobbiamo tutelare da influenze sociali eccessive senza discriminare ma evitando che ci si faccia condizionare troppo».

**Intende dire che ci sono casi in cui la disforia sia imboccata e non autentica?**

«Può venire 'venduta' come una conquista e non come un bisogno reale da valutare attentamente».

**Secondo lei sono sufficienti 5 visite psichiatriche prima della transizione genetica?**

«È un numero derivante da protocolli. Ma, innanzitutto, vanno fatte in tutti i centri e poi devono essere visite specialistiche. Detto questo, mi chiedo perché debba servire un percorso più lungo e controllato per altre condizioni e terapie (la chirurgia bariatrica dell'obesità, ad esempio) e non per la disforia».





Servizio Ricerca

## Sclerosi multipla, verso un vaccino personalizzato

I risultati di uno studio italiano, pubblicato su Pnas, aprono la strada a una strategia innovativa: vaccinare selettivamente solo chi presenta un rischio più elevato

*di Francesca Cerati*

4 aprile 2025

Un nuovo studio italiano apre scenari promettenti partendo da un dato ormai sempre più chiaro: dietro lo sviluppo della sclerosi multipla potrebbe esserci l'infezione da virus di Epstein-Barr (Ebv), responsabile della mononucleosi. Ma se il 90% della popolazione mondiale contrae il virus senza conseguenze, perché solo alcuni sviluppano la malattia?

### Vaccinazione mirata

A rispondere è una ricerca coordinata dal Centro Sclerosi Multipla della Sapienza – Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, pubblicata sulla prestigiosa rivista Pnas (Proceedings of the National Academy of Sciences), che getta luce su uno specifico meccanismo genetico-virale alla base della malattia. I risultati aprono la strada a una strategia innovativa: vaccinare selettivamente solo chi presenta un rischio più elevato, basandosi sul profilo genetico e virale individuale.

Finanziato dall'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (Aism) con la sua Fondazione Fism, lo studio rappresenta un passo concreto verso la prevenzione primaria della sclerosi multipla, un traguardo considerato a lungo irraggiungibile.

### Il legame fra Ebv e sclerosi multipla

«Abbiamo scoperto che alcune varianti del virus di Epstein-Barr interagiscono in modo specifico con i geni che predispongono alla sclerosi multipla, aumentando il rischio di sviluppare la malattia -, spiega Marco Salvetti, del Centro Sclerosi Multipla del Sant'Andrea-Sapienza -. Questa evidenza ci permette di immaginare una vaccinazione mirata, da proporre solo alle persone portatrici delle forme più "a rischio" del virus, riducendo al minimo le resistenze e ottimizzando la protezione».

Anche Rosella Mechelli, dell'Università Telematica San Raffaele di Roma, sottolinea l'originalità del risultato: «Il legame fra Ebv e sclerosi multipla emerso dal nostro studio è specifico, e non si riscontra nella maggior parte delle altre malattie autoimmuni analizzate. Questo rafforza l'idea di un ruolo causale del virus nel meccanismo d'innescio della malattia».

Lo studio si inserisce in un filone di ricerca sempre più focalizzato a comprendere le cause profonde della sclerosi multipla. «Indagare le basi immunologiche e genetiche della malattia – aggiunge Giuseppe Matarese, ordinario di Immunologia e Patologia generale all'Università Federico II di Napoli – ci aiuta a identificare nuovi bersagli terapeutici e a progettare trattamenti sempre più efficaci».

Per Paola Zaratin, direttore della Ricerca scientifica Aism -Fismi, i risultati dello studio sono «innovativi e cruciali per comprendere come un'infezione ubiquitaria come quella da Ebv possa contribuire all'esordio della sclerosi multipla solo in una piccola parte della popolazione». E conclude: «Queste scoperte aprono la strada allo sviluppo di vaccini personalizzati, che rappresentano oggi l'unica via realistica per una vera prevenzione della sclerosi multipla. È questa la sfida dell'end Ms, la fine della sclerosi multipla che da sempre guida l'impegno della nostra Associazione e della sua Fondazione».



Servizio Nature Medicine

## **Dieta e immunità: così la cucina africana riduce i livelli di infiammazione in tempi record**

La ricerca dimostra che due settimane di alimentazione tradizionale africana migliorano i marcatori infiammatori e la risposta immunitaria. Al contrario, la dieta occidentale ha effetti opposti anche nel breve periodo

*di Francesca Cerati*

4 aprile 2025

Dopo anni di attenzione sulle diete mediterranee o giapponesi, ora anche le tradizioni africane emergono come potenziale modello virtuoso, non solo per l'Africa, ma anche per i Paesi occidentali. Ed è proprio uno studio pubblicato su Nature Medicine a riportare l'attenzione su una delle tradizioni alimentari meno celebrate ma più promettenti: la cucina africana.

La ricerca, condotta dal Radboud University Medical Center nei Paesi Bassi e dal Kilimanjaro Christian Medical University College in Tanzania, ha dimostrato che seguire una dieta africana tradizionale può ridurre significativamente i livelli di infiammazione e migliorare la risposta immunitaria, anche in un arco di tempo molto breve.

### **Due settimane per cambiare tutto**

Lo studio ha coinvolto 77 uomini in buona salute, residenti in Tanzania, sia in aree urbane che rurali, suddivisi in gruppi e sottoposti a cambiamenti alimentari controllati per due settimane. Alcuni partecipanti hanno abbandonato la dieta africana per adottare un'alimentazione tipica occidentale, altri hanno fatto il percorso opposto, mentre un terzo gruppo ha consumato una bevanda fermentata a base di banana. Un piccolo gruppo di controllo ha mantenuto le proprie abitudini alimentari.

I risultati sono stati sorprendenti e al tempo stesso preoccupanti: solo due settimane di dieta occidentale – caratterizzata da alimenti trasformati, ipercalorici, ricchi di zuccheri, grassi saturi e sale – sono bastate per innescare un incremento delle proteine infiammatorie nel sangue e una riduzione della capacità del sistema immunitario di rispondere agli agenti patogeni. In altre parole, anche una breve esposizione a uno stile alimentare non salutare può compromettere il nostro equilibrio immunitario e metabolico.

Al contrario, i partecipanti che sono passati a una dieta africana – basata su verdure, frutta, cereali integrali, fagioli e cibi fermentati – hanno mostrato una significativa riduzione dei marker infiammatori, benefici che si sono mantenuti anche quattro settimane dopo il termine dell'esperimento.

Secondo Quirijn de Mast, internista presso il Radboud University Medical Center e coordinatore dello studio, «la cucina africana offre lezioni preziose per tutto il mondo. La sua ricchezza in

alimenti vegetali e fermentati contribuisce a proteggere l'organismo, contrastando l'infiammazione cronica, base comune di numerose malattie come diabete, patologie cardiovascolari e disturbi autoimmuni».

## **Il contributo italiano**

Anche l'Italia ha partecipato allo studio, grazie ai contributi dell'Università di Firenze e dell'Aou Meyer. I ricercatori italiani Duccio Cavalieri e Paolo Lionetti, coinvolti nell'analisi dei dati e negli aspetti nutrizionali, hanno sottolineato l'importanza di studiare queste dinamiche in contesti in cui la transizione nutrizionale – ovvero l'abbandono delle diete tradizionali in favore di quelle globalizzate – è in pieno corso. L'urbanizzazione e lo sviluppo economico in molte aree africane stanno infatti favorendo la diffusione di cibi processati, con conseguenze sanitarie sempre più visibili.

Lo studio, parte del progetto europeo Transmic, si inserisce in un filone di ricerca che mira a collegare dieta, microbiota intestinale e salute umana.

In conclusione, questa ricerca rappresenta un invito a riscoprire la saggezza delle cucine tradizionali e a rivedere le nostre abitudini alimentari. Proteggere la biodiversità culturale nel cibo non è solo un atto identitario, ma una vera strategia di prevenzione per la salute pubblica. Di fronte all'aumento delle malattie croniche, la risposta potrebbe essere sulla nostra tavola, a patto che scegliamo bene cosa metterci sopra.

Servizio Scienza dello sport

## Il cervello del calciatore? Si muove come un cacciatore preistorico

Uno studio rivela che i movimenti in campo seguono uno schema antico, lo stesso usato dai nostri antenati per cercare cibo: il cammino di Lévy. Un mix perfetto tra istinto, neuroscienza e strategia collettiva che racconta molto anche sul funzionamento del nostro cervello

*di Federico Mereta*

4 aprile 2025

Che c'azzeccano gli schemi di gioco di una squadra di calcio in pressing con gli albatros in cerca di cibo? O magari, con il saliscendi delle azioni in borsa? O ancora con le tracce di fossili di milioni di anni fa? Sostanzialmente, trovare paralleli è difficile. Ma sul fronte del movimento e delle traiettorie, c'è qualcosa che accomuna tutti questi mondi apparentemente lontani, a partire dalla disposizione del team sul campo da gioco: è il modello di movimento.

O se preferite, il fatto che tutti (portieri esclusi ovviamente) si muovano con i classici cammini di Lévy, modalità che prevede una serie di movimenti brevi e circoscritti, magari per cercare di agguantare la palla o per seguire l'azione, che si alternano a veri e propri salti, lunghi e occasionali.

Insomma, nel mondo dell'antropologia, il calciatore altro non sarebbe che una sorta di moderno "cacciatore-raccoglitore", con movimenti di gruppo che determinano proprio la forza del gioco di squadra e sono in qualche modo legati alla necessità di sfruttare quanto avviene vicino a noi (muovendoci appunto a piccoli passi come può avvenire negli scambi a centrocampo) per poi andare a esplorare (pensate a un lancio lungo) opportunità più lontane. Con balzi e corse rapide e allungate.

Ad organizzare i movimenti della squadra, insomma, oltre ai dettami del mister e dello stratega, ci sarebbe la necessità di ottimizzare gli sforzi in presenza di risorse non propriamente diffusissime (il pallone è uno), molto contese e soprattutto con trend di ricerca da creare in ogni momento.

### Uno studio su misura

Ad analizzare le informazioni sulle traiettorie percorse dai calciatori durante una partita, riconoscendo le stigmate classiche del cammino di Lévy addirittura nei movimenti del gruppo e non solo del singolo, è uno studio apparso su Complexity.

La ricerca ha scoperto per la prima volta il cammino di Lévy nei movimenti di gruppi di organismi in competizione: le squadre di calcio. «Il calcio è un gioco basato sulla scarsità di risorse: per vincere, una squadra deve possedere la palla e c'è solo una palla in gioco – spiega in una nota dell'OistI (Okinawa Institute of Science and Technology) uno degli autori dello studio, Tom Froese -. Ha senso che i singoli giocatori si muovano in un modo che bilanci esplorazione e sfruttamento,



assicurandosi di non rimanere nello stesso posto troppo a lungo e aumentando al contempo le loro possibilità di ottenere la palla in ogni punto. Abbiamo scoperto che le squadre nel loro insieme agiscono esattamente nello stesso modo».

Insomma, per il centrocampista a caccia del pallone o per il difensore che va a impegnarsi in un tackle, alla fine il meccanismo che spinge i movimenti appare legato a meccanismi antropologici antichi e all'oggettivo vantaggio che si può trarre da queste modalità di movimento, peraltro condivise anche nei movimenti collettivi di gruppi di animali.

In particolare, il cammino di Lévy può aiutare gli organismi viventi nella ricerca di risorse come il cibo, bilanciando lo sfruttamento delle risorse vicine (gruppi di passi corti) ed esplorando potenziali nuove risorse più lontane (il passo lungo).

Lo studio, in particolare, ha preso in esame una serie di traiettorie di calciatori in una partita del campionato giapponese, considerando le posizioni esatte di ogni giocatore e della palla nel corso del match. E hanno scoperto che davvero tutti i calciatori si muovono come un sol uomo, seguendo i passi del "Lévy walk" quando cercano di recuperare il pallone, esattamente come gli animali in cerca di cibo. Poi, appena ricevono la palla, abbandonano questa modalità di movimento, che viene intrapresa dalla squadra avversaria. E via così. Ma non basta. Studiando i movimenti degli 11 (magari non consideriamo il portiere che ha movimenti e spostamenti più specifici) gli esperti hanno visto che la posizione media di tutti i giocatori tende a far sì che la squadra si muova come un singolo. Tutti insieme verso l'obiettivo. In un perfetto equilibrio tra esplorazione e sfruttamento di quanto ottenuto.

### **Una sincronia perfetta**

Secondo Froese, alla fine, è la cooperazione comportamentale che davvero guida il gioco di squadra. E che collega le menti dei calciatori, arrivando anche a determinarne movimenti e azioni in una sincronia tanto più efficace quanto più studiata e realizzata.

«I calciatori non agiscono tutti esattamente nello stesso modo, poiché ciò sarebbe una tattica altamente inefficiente – è il commento di Froese -. Invece, le loro azioni individuali si completano a vicenda in risposta alla partita, con il comportamento della squadra che emerge dai comportamenti individuali dei compagni di squadra».

Insomma, quando si parla di studiare a tavolino una partita prima di giocarla, probabilmente gli aspetti da esplorare sono davvero tanti. E non bisogna mai dimenticare quanto le neuroscienze e lo studio delle tecniche di comportamento del team e soprattutto del singolo siano importanti. Conta, quindi, molto anche la testa, oltre ovviamente alla struttura fisica. Lo conferma, analizzando le risposte psiconeurologiche che possono fare la differenza, consentendo un improvviso dribbling o un'apertura illuminante, uno studio apparso su *Proceedings of the National Academy of Sciences* (Pnas). L'analisi, coordinata da Predrag Petrovic dell'Istituto Karolinska di Stoccolma, indica precise caratteristiche che fanno la differenza per chi gioca ad altissimi livelli. Ad esempio la capacità di pianificare diversi passaggi in anticipo.

Lo studio ha preso in esame 204 giocatori di calcio professionistico dei campionati brasiliani e svedesi e li hanno confrontati con 124 persone comuni, prendendo in esame le facoltà cognitive e i tratti della personalità. Risultato: i professionisti sarebbero di gran lunga migliori rispetto ai coetanei (e i muscoli non contano) nelle funzioni esecutive, vale a dire nella capacità di risolvere problemi su un rettangolo verde dove tutto cambia alla velocità della luce. Il che si traduce in un particolare funzionamento del cervello, che non comporta solamente l'abilità di prevedere lo svolgimento dell'azione, ma anche un controllo degli impulsi che potrebbero non essere utili. Il tutto, per privilegiare la squadra rispetto al singolo. Anche attraverso l'inibizione e l'autodisciplina. Magari sfruttando il cammino di Lévy!

# “Mio fratello morto come un cane quei medici devono pagare”

La Tac sbagliata in ospedale a Cassino dopo la caduta in monopattino  
La famiglia chiede giustizia per Charles, il ministero invia gli ispettori

di ALESSANDRA ZINITI

ROMA

Nessuno dall'ospedale ci ha chiamato quando è successo, nessuno ora ha voluto parlarci e rispondere alle nostre domande. Non volevano neanche farmelo vedere, se non fosse stato per la polizia non avrei potuto salutarlo per l'ultima volta. Una cosa indegna di un Paese civile». Ha la voce che trema dall'emozione e dalla rabbia Nana Baffour, il fratello maggiore di Charles, lo studente universitario ghanese che all'Università di Cassino tutti conoscevano, morto venerdì dopo una brutta caduta dal monopattino, per un'emorragia interna di cui nessuno in ospedale si è accorto. E già ieri il ministero della Salute ha disposto l'invio degli ispettori.

**Nana, ha capito cosa è successo a suo fratello?**

«Lo hanno abbandonato, lo hanno lasciato morire solo come un cane senza fargli gli esami che erano necessari. Come è possibile che una persona che arriva in ospedale all'una di notte può aspettare sette ore prima che i medici verifichino

le sue condizioni? Mi hanno detto che sull'ambulanza è salito con le sue gambe, ma quando è uscito dal pronto soccorso non riusciva a stare in piedi tanto che non è andato a casa, si è seduto su una lettiga ed è rimasto lì senza che nessuno facesse caso a lui».

**Sembra che gli abbiano fatto la Tac alla testa e invece la caduta gli aveva provocato la rottura della milza e una frattura ai reni.**

«Non lo so, così ho letto. Non lo so perché da quando sono arrivato a Cassino nessuno in ospedale ha voluto ricevermi e spiegarmi cosa è successo. Quel poco che so l'ho letto sui giornali e me l'ha detto la polizia che ci ha avvertiti e che ieri mi ha consentito di vedere la salma di Charles. In ospedale si erano rifiutati. Di certo c'è qualcosa che non torna, qualcuno ha sbagliato e abbiamo il diritto di sapere chi».

**La magistratura ha aperto un'inchiesta, in ospedale arriveranno anche gli ispettori.**

«Spero che vengano accertate le responsabilità. So che c'è un video dell'incidente e che lui indossava il casco. E infatti non si era fatto male in testa, il viso era intatto. Ma è arrivato in ospedale dicendo che aveva un forte dolore all'addome e non lo hanno ascoltato. Non riesco a darmi pace. Noi qui non siamo

nessuno, ma siamo gente onesta, venuti in Italia per lavorare, per costruirci un futuro. Charles era l'orgoglio di tutta la famiglia. Il giorno della sua laurea triennale è stato uno dei più belli della nostra vita».

**Che progetti aveva suo fratello?**

«A breve avrebbe preso anche la laurea magistrale in Economia e management e poi voleva fare un dottorato. Era nato per studiare lui. Studiava già in Ghana e quando siamo arrivati in Italia la prima cosa che ha voluto fare, preso il diploma, è stato iscriversi all'Università».

**Come siete arrivati?**

«In modo regolare se è questo che vuole sapere. Per ricongiungimento familiare. Mio padre era in Italia già da tempo, si era stabilito a Carpi dove fa il macellaio e nel 2018 è riuscito a far venire me e Charles e nostra madre che poi è morta tre anni fa. Io lavoro in una cartiera a Mantova e vivo a Verona dove mi sono sposato e Charles si era trasferito a Cassino dove viveva in un alloggio con altri studenti. Lo amavano tutti, mio fratello era una persona onesta e altruista. Gli hanno rubato il futuro».

## Cade dal monopattino ma sbagliano la Tac e muore

Cassino, vittima uno studente ghanese. Aveva chiesto all'addome gli hanno fatto l'esame alla testa. Stomaco da un oncologo



Una foto che ha fatto scandalo: Charles Baffour, lo studente ghanese, viene trasportato su una barella all'ospedale di Cassino. Sullo sfondo si vede il fratello maggiore Nana.

La storia dello studente ghanese ieri su Repubblica

Charles Baffour e il fratello maggiore Nana nel giorno della laurea dello studente ghanese





# L'emozione per la "sorpresa" del Papa «Ci dà forza per affrontare la malattia»

## LA GIORNATA

Un malato tra gli ammalati, sofferente tra i sofferenti, fragile tra i più fragili. Un'esplosione di gioia riecheggia per piazza San Pietro avvolgendo oltre 20 mila pellegrini. Lacrime di gioia scivolano sul volto di Franca, 69 anni, che è stata per una vita medico di base. È venuta da Terni per la Santa Messa dedicata al mondo della Sanità e ai Malati per il Giubileo 2025. «È stata un'emozione grandissima veder apparire all'improvviso il Pontefice, ci ha fatto un grande regalo». Franca è accompagnata dalla figlia Maria, tecnico di laboratorio dell'Ospedale Bambino Gesù. «Sono in pensione - spiega Maria ancora emozionata - i miei pazienti mi mancano, andavo a casa quando stavano male, quante visite ho fatto...». Incarna bene la missione delle donne e degli uomini che appartengono al mondo della Sanità e che ieri il Pontefice ha voluto ringraziare durante l'omelia da lui scritta e letta da Monsignor Rino Fisichella, pro-prefetto del dicastero dell'Evangelizzazione.

## I VOLTI

«La prima uscita pubblica dopo il ricovero e il ritorno a Santa Marta, l'ha voluta dedicare a noi malati, è stato un abbraccio spirituale» si commuove Lucia, sorretta da una suora, arrivata da Avellino. Papa

Francesco si era affacciato il 23 marzo scorso dal Policlinico Gemelli dove è stato ricoverato per 38 giorni.

E ha deciso di pronunciare le sue prime parole sul sagrato della Basilica davanti al suo popolo, quello dei fedeli e dei malati accompagnati da medici, operatori sanitari e quei familiari che hanno imparato a diventare caregiver. Dalla sua voce quella frase che ha scaldato i cuori dei fedeli regalando speranza: «Buona domenica a tutti. Grazie tante».

## FRAGILE TRA I FRAGILI

«È stato un enorme incoraggiamento». Ecco cosa ha rappresentato l'improvviso arrivo di papa Francesco per Maria Cristina, 79 anni, venuta dai Castelli romani. È accompagnata da Annamaria, la sua fisioterapista impiegata presso la Casa della Salute, ex Ospedale Cartoni, di Rocca Priora. «Eravamo in prima fila, mai ci saremmo aspettate di vederlo e invece il Papa è apparso all'improvviso, ci ha salutate, accompagnato anche lui da un infermiere proprio come me: la sua presenza oggi è un atto di incoraggiamento per tutti noi che stiamo soffrendo in questo momento. Il Papa, nonostante tutto, ha trovato la forza di uscire ed essere con noi». «Monsignor Fisichella aveva appena detto il Pontefice stava seguendo l'omelia dalla tivù e invece è apparso sul sagrato della Basilica vaticana, appena l'abbiamo visto c'è stata un'esplosione di pura gioia» il commento di Oli-

viero, arrivato da Perugia. Sulla sedia a rotelle, con i naselli per l'ossigeno, il Pontefice è riuscito a sorridere. «Il suo buon umore ci rincuora e ci dà la forza di continuare a sperare nonostante la malattia» ha detto emozionata Daria, romana, aiutata da una stampella. Eliana, sulla carrozzina come Francesco, ha affrontato il viaggio da Napoli: «Ho pregato la Madonna, ho detto ai miei compagni di viaggio che non dovevano preoccuparsi perché sentivo che il Papa ci sarebbe stato: pensavo si affacciasse dalla sua finestra e invece è venuto addirittura in mezzo a noi».

## QUELLA DEBOLE VOCE

«È stata una emozione bellissima, non ce l'aspettavamo: ha detto solo poche parole, con una debole voce, e tanto è bastato per farci commuovere» ha commentato un gruppo di signore arrivate a Roma per il Giubileo. «Il Santo Padre ci ha fatto una bellissima sorpresa, ha dato tanta forza alle persone fragili arrivate qui da ogni parte del mondo» ha detto Alfredo, partito dalla splendida Polignano a Mare, in Puglia. Il Papa, attraverso i suoi lettori, ha impartito la benedizione apostolica. Poi un ultimo sguardo ai suoi fedeli. Ai suoi fragili compagni di malattia.

**Laura Bogliolo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**GIOIA E LACRIME  
TRA I FEDELI  
IN PIAZZA SAN PIETRO  
ALL'APPARIZIONE  
DEL PONTEFICE  
DOPO L'ANGELUS**

**«LA SUA PRESENZA  
È UN ATTO DI  
INCORAGGIAMENTO  
PER TUTTI NOI  
CHE STIAMO  
SOFFRENDO»**

STAMPA LOCALE ROMA CAPITALE





## ANNO SANTO

Oggi messa in piazza San Pietro con malati e medici

# In ventimila a Roma al Giubileo della Sanità L'omelia di Fisichella

GIUSTINA OTTAVIANI

... Si concluderà con la messa in piazza San Pietro il Giubileo degli ammalati e del mondo della Sanità. A presiedere la celebrazione il Pro-Prefetto monsignor Rino Fisichella, che leggerà l'omelia scritta da Papa Francesco per l'occasione. In questi due giorni sono stati almeno ventimila i pellegrini, tra pazienti, medici, infermieri, farmacisti, fisioterapisti, operatori e tecnici sanitari giunti a Roma da novanta Paesi del mondo. Dalle 8 di ieri hanno potuto varcare la Porta Santa di San Pietro. Tra le associazioni presenti, il Gruppo donatori di sangue Frates della Misericordie d'Italia, l'Associazione nazionale emodializza-

ti, l'Associazione medici cattolici italiani, l'Ospedale Bambino Gesù, la Fondazione Banco Farmaceutico, l'Avis e la Federazione italiana associazioni donatori di sangue, le

Federazioni degli Ordini professionali sanitari.

Nel pomeriggio i «Dialoghi con la città», appuntamenti di carattere culturale, spirituale e artistico nelle piazze del cen-

tro storico di Roma organizzati da associazioni, enti e movimenti. A piazza di Spagna, invece, l'incontro dal titolo «Il valore del dono e della solidarietà», a cura del ministero della Salute, con gli interventi di monsignor Rino Fisichella; Orazio Schillaci, ministro della Salute; Roberto Gualtieri, sindaco di Roma Capitale e Francesco Rocca, presidente della Regione Lazio. Presso i locali della Pontificia Università della Santa Croce, si è svolto il Convegno «Hospice = Hope», organizzato dall'Università Campus Bio-medico di Roma, sul tema delle cure palliative. A Piazza Risorgimento l'associazione American Heart Association, dalle 15 alle 17.30, ha organizzato un evento per insegnare le manovre di rianimazione cardiopol-

monare. L'associazione Frates, in collaborazione con l'Ufficio per la Pastorale della salute della Cei, ha invece promosso in piazza San Giovanni un evento di sensibilizzazione alla donazione del sangue. Previsti oggi momenti di preghiera per i malati, con adorazioni eucaristiche e catechesi a cura delle Congregazioni religiose. Mentre ieri nella Chiesa di Santa Maria del Suffragio è stata ricordata la figura del beato Luigi Novarese e nella chiesa di Santa Maria Maddalena quella di san Camillo de Lellis. Infine la Fondazione Banco farmaceutico ha proposto nella chiesa di San Gregorio VII l'incontro «Prendersi cura ed essere curati: dove risiede la nostra speranza?», con l'intervento di monsignor Andrea Manto, Vicario Episcopale per la Pastorale della Salute di Roma Sergio Daniotti, Presidente di Banco Farmaceutico e Giorgio Bordin, presidente di Medicina e Perso-

na. Infine, presso l'Università Lateranense, il convegno promosso dall'Ufficio per la Pastorale della Salute della Cei e dall'Alta scuola di economia e management dei Sistemi sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sul contributo delle associazioni di pazienti alla costruzione di un servizio sanitario partecipato e sostenibile.

### Eventi

*Nelle chiese della Capitale  
convegni, incontri  
e momenti di preghiera  
con pazienti e operatori sanitari*

**90**

**Paesi**  
da cui sono arrivati  
a Roma i pellegrini  
per il Giubileo degli  
Ammalati e del  
Mondo della sanità



**In marcia** Pellegrini da tutto il mondo a San Pietro per i riti dell'Anno Santo



A Roma il progetto “San Bartolomeo” garantisce le cure ai più fragili

# Una sanità per tutti

di STEFANO LESZCZYNSKI

«**F**elicità», «opportunità di cura» e ancora «equità, accoglienza e ospitalità»: sono solo alcune delle parole chiave che medici, pazienti e mediatori culturali associano al progetto “San Bartolomeo” per promuovere una salute equa e accessibile per tutti, soprattutto i più vulnerabili. In occasione delle celebrazioni per il Giubileo degli ammalati e del mondo della sanità l'iniziativa lanciata a Roma da Ospedale Isola Tiberina-Gemelli Isola, Comunità di Sant'Egidio e Fondazione Deloitte si ispira alle parole scritte da Papa Francesco nel messaggio per la XXXIII Giornata mondiale del malato su quanto avviene nei luoghi di cura: «È importante annotare, saper cogliere, la bellezza e la portata di questi incontri di grazia e imparare ad annotarseli nell'anima per non dimenticarli: conservare nel cuore il sorriso gentile di un operatore sanitario, lo sguardo grato e fiducioso di un paziente, il volto comprensivo e premuroso di un dottore o di un volontario, quello pieno di attesa e di trepidazione di un coniuge, di un figlio, di un nipote, o di un amico caro».

In un contesto di crescenti disparità nell'accesso all'assistenza, alla prevenzione e alla cura, l'obiettivo del progetto “San Barto-

lomeo” è quello di offrire sostegno alle persone più fragili sia da un punto di vista economico che sociale attraverso competenze cliniche, organizzative, sociali e di mediazione culturale e professionale. Tre gli ambiti principali di erogazione dei servizi clinico-assistenziali: ginecologia/ostetricia, senologia e odontoiatria.

Garantire l'accesso alle cure per chi vive ai margini della società significa tutelare la loro dignità umana. «Se per chiunque è importante poter accedere alla sanità – sottolinea Marco Di Dio, responsabile del reparto di odontoiatria dell'Ospedale Isola Tiberina – per le persone che rientrano nel progetto “San Bartolomeo” significa poter tornare a sorridere, mangiare normalmente, parlare». Azioni che dovrebbero essere scontate e che invece per alcuni non lo sono affatto.

Il progetto “San Bartolomeo” ha raggiunto a oggi più di 780 pazienti, di cui oltre il 70 per cento donne, provenienti da settantuno paesi nel mondo, e oltre cento minori, bisognosi soprattutto di cure odontoiatriche urgenti. Allo stesso tempo il progetto è teso a promuovere l'educazione sanitaria e la consapevolezza sull'importanza della prevenzione, con l'obiettivo di diventare un modello di riferimento, replicabile e capace di massimizzare l'accesso alle cure.

Iniziative come questa – dice



la dottoressa Patrizia Frittelli, responsabile della Brest Unit dell'Ospedale Isola Tiberina – hanno un valore incalcolabile per quanto riguarda il diritto alla cura. Basti pensare alle tantissime donne in condizioni di fragilità, magari perché straniere, e che non hanno mai fatto prevenzione. Ma anche per tutte quelle donne che grazie al progetto “San Bartolomeo” hanno avuto accesso a cure adeguate sia di tipo chirurgico che post-operatorio. Tra gli ostacoli che questa iniziativa si prefis-

sa di abbattere, c'è quello particolarmente insidioso delle barriere burocratiche e linguistiche. «Una delle cose che mi colpisce sempre è la felicità negli occhi dei bambini che accompagnano dal dentista», dice Ahmed, rifugiato siriano arrivato in Italia con i corridoi umanitari: «Potersi liberare dal dolore fisico e condurre una vita normale è una gioia indescrivibile».





# Paziente operata da sveglia con robot e immagini 3D

## La rivoluzione al Cristo Re

► L'intervento di chirurgia mininvasiva eseguito su una malata oncologica  
Il chirurgo Pedullà: «Con il nuovo sistema impatto minimo su cuore e polmoni»

### LA STORIA

Innovazione medica e tecnologia all'avanguardia. Una piccola rivoluzione quella messa in campo all'ospedale Cristo Re per una paziente, malata oncologica di 77 anni. L'anziana è stata infatti operata per un tumore al colon da sveglia grazie a un sistema robotico di ultimissima generazione. Un'operazione chirurgica mini-invasiva, reso possibile grazie all'innovativa piattaforma robotica Versius CMR e a un nuovo approccio anestesilogico: l'équipe medica ha infatti eseguito attraverso il sistema digitale, la resezione (un'emicolectomia per neoplasia) del colon senza intubazione e con anestesia peridurale, unendo per la prima volta queste due innovazioni in un intervento di questo tipo. L'intervento è stato condotto dai chirurghi Giuseppe Pedullà e Andrea Mazzari, con il supporto degli anestesisti Carmine Pullano e Dario Marino.

### LA TECNOLOGIA

Il sistema robotico utilizzato dai medici romani offre infatti una chirurgia mini-invasiva di altissima precisione grazie ai suoi quattro bracci robotici indipendenti, controllati dal chirurgo attraverso una consolle con visione 3D ad alta definizione. Rispetto alle tecniche tradizionali, il sistema consente una maggiore flessibilità di movimento, riducendo il trauma chirurgico e migliorando i tempi di recupero. «La precisione del sistema robotico e l'anestesia innovativa hanno consentito di minimizzare l'impatto dell'intervento sul cuore e sui polmoni della paziente - spiega il dottor Pedullà -. A meno di 24 ore dall'operazione, la paziente era già in grado di alimentarsi e muoversi autonomamente».

Così l'operazione eseguita all'ospedale Cristo Re rappresenta un primato per la sanità italiana nel panorama internazionale: «L'uso alternato di strumenti tradizionali e robotici mininvasivi potrebbe, in futuro, essere il miglior trattamento per il cancro coloretale» commenta il primario del reparto di Chirurgia Generale e Mininvasiva del Cristo Re Antonio Crucitti, secondo cui «l'approccio robotico piace non solo ai medici più giovani ma anche alla "vecchia generazione" di chirurghi».

### L'INNOVAZIONE

Un intervento reso possibile anche grazie a un nuovo approccio anche per quanto ri-

guarda l'anestesia. La paziente, affetta da patologie cardio-respiratorie, presentava infatti un elevato rischio di complicanze con anestesia generale. Da qui, la scelta per l'anestesia che permette di anestetizzare l'area interessata senza intubazione e mantenendo la coscienza. Con questa procedura è stato possibile assicurare alla paziente una respirazione spontanea senza necessità di ventilazione meccanica.

«L'approccio - sottolinea l'anestesista Carmine Pullano - ha incluso una sedazione controllata, assicurando comfort e stabilità emodinamica. Questa tecnica innovativa ha permesso una riduzione dell'impatto fisiologico dell'anestesia generale, favorendo un recupero più rapido e senza complicazioni».

**Fla. Sav.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Servizio Il caso Campania

## **Reti oncologiche regionali: un ecosistema vitale per diagnosi precoci e cure di precisione**

L'innovazione richiede una forte collaborazione tra centri di ricerca, aziende farmaceutiche e istituzioni per un accesso equo alle terapie sul territorio

*di Francesco Schiavone\**

4 aprile 2025

Le Reti oncologiche regionali (Ror) rappresentano un elemento chiave per il miglioramento dell'assistenza sanitaria in Italia.

Queste reti mirano a strutturare percorsi assistenziali ben definiti, con l'obiettivo di garantire cure più efficaci, favorire l'innovazione nella ricerca oncologica e ottimizzare l'impiego delle risorse sanitarie. Attraverso un modello organizzativo integrato, le Ror coinvolgono ospedali, centri di ricerca, medici di medicina generale, specialisti e altri professionisti del settore sanitario, creando un ecosistema in cui la collaborazione tra i diversi attori diventa essenziale per garantire diagnosi precoci e trattamenti personalizzati.

### **Superare le disuguaglianze territoriali e migliorare l'assistenza**

Il tema delle Reti oncologiche regionali è stato al centro del recente convegno organizzato dal VIMASS lab "Il Management delle Reti Oncologiche del Sud Italia: Forze, Debolezze, Minacce e Opportunità", presso la sede di Villa Doria d'Angri dell'Università degli Studi di Napoli "Parthenope", in cui esperti del settore, tra i quali l'illustre oncologo del Pascale dott. Paolo Ascierto, hanno sottolineato la necessità di adottare strategie di governance più efficaci per superare le disuguaglianze territoriali e migliorare la qualità dell'assistenza oncologica.

### **Il caso positivo della Rete oncologica della Campania**

Un caso di eccellenza nell'ambito delle Ror è rappresentato dalla Rete oncologica campana (Roc), che ha adottato strumenti innovativi per la gestione dei pazienti e la raccolta di dati epidemiologici.

L'esperienza della Roc dimostra come l'adozione di strumenti tecnologici avanzati possa ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai trattamenti oncologici, consentendo ai pazienti di ricevere cure di alto livello indipendentemente dalla loro localizzazione geografica. Tuttavia, nonostante i successi ottenuti, esistono ancora diverse sfide da affrontare per garantire un'assistenza equa e omogenea su tutto il territorio nazionale.

### **Il futuro passa per la medicina di precisione**

Uno degli sviluppi più promettenti per il futuro delle Ror è l'integrazione della medicina di precisione, un approccio innovativo che si basa sull'analisi del profilo genetico del tumore per personalizzare le terapie. Il Molecular Tumor Board, un team multidisciplinare di esperti che

valuta le caratteristiche molecolari di ogni paziente, rappresenta un passo avanti fondamentale nella personalizzazione delle cure oncologiche. Parallelamente, le terapie innovative, come i farmaci immunoterapici e le terapie a bersaglio molecolare, stanno rivoluzionando il panorama oncologico. Tuttavia, l'integrazione di queste terapie all'interno delle Ror richiede una forte collaborazione tra centri di ricerca, aziende farmaceutiche e istituzioni sanitarie, per garantire che i nuovi trattamenti siano accessibili in tempi brevi e con costi sostenibili per il sistema sanitario.

#### Più efficienza e qualità con un sistema sinergico

Al convegno scientifico si è discusso del ruolo delle reti oncologiche nella creazione di valore, per garantire l'efficacia e il potenziamento delle Ror, è necessario un impegno condiviso tra istituzioni, centri di ricerca, operatori sanitari e cittadini. Investire nelle infrastrutture sanitarie e migliorare il coordinamento tra i vari attori del sistema assicurano, nel tempo, un'assistenza equa e di qualità a tutti i pazienti oncologici. Solo attraverso un approccio sinergico e strategie mirate sarà possibile costruire un sistema oncologico sempre più efficiente, innovativo e sostenibile, con il paziente al centro dell'attenzione. Con una governance solida e un impegno costante, le Ror potranno svolgere un ruolo cruciale nella lotta contro il cancro, riducendone l'impatto sulla società e garantendo un futuro più equo e sostenibile per tutti i pazienti oncologici.

*\*Responsabile scientifico VIMASS lab, Università degli Studi di Napoli Parthenope*