

15 aprile 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

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

ARIS

13/04/2024

Incrementi retributivi progressivi

che supereranno, ad ottobre 2025, la soglia del 12%. Questo l'impatto economico del nuovo contratto per le cooperative sociali del comparto sociosanitario e assistenziale. "La firma del CCNL delle Cooperative Sociali è stato certamente un atto di grande coraggio", commenta Giovanni Costantino, capodelegazione [Aris](#).

Sottoscrivere contratti collettivi di qualità è un'esigenza. È però necessario che la pubblica amministrazione faccia la propria parte, per rendere sostenibili gli sforzi delle strutture accreditate, evitando situazioni di crisi come quelle oggi denunciate dal settore cooperativo".

ARIS: “Infermieri, OSS e Professioni Sanitarie della sanità accreditata meritano rispetto e contratto dignitoso”.

 By Comitato di Redazione 13 Aprile 2024

Pubblicità

Allarme sostenibilità per il **CCNL Cooperative Sociali**. Costantino (ARIS): «Importante assicurare trattamenti di qualità al personale della sanità accreditata. Occorre però che anche la PA faccia la sua parte».

Incrementi retributivi progressivi che supereranno, ad ottobre 2025, la soglia del 12%. Questo l’impatto economico del **nuovo contratto per le cooperative sociali del comparto sociosanitario e assistenziale** – sottoscritto lo scorso gennaio e ratificato il 5 marzo 2024 – che sta generando preoccupazioni nel settore. A lanciare l’allarme autorevoli esponenti di Confcooperative (una delle tre sigle firmatarie del CCNL), secondo cui gli aumenti stipendiali potrebbero addirittura diventare insostenibili a causa del mancato aggiornamento delle tariffe della Pubblica Amministrazione. A rischio ci sarebbe la fuga dal settore di circa 40.000 lavoratori, secondo quanto riportato dagli organi di stampa. «La firma del CCNL delle Cooperative Sociali è stato certamente un atto di grande coraggio – commenta **Giovanni Costantino, capodelegazione Aris** – reso possibile probabilmente dalla convinzione che la committenza, principalmente pubblica, adeguerà le tariffe in modo tale da rendere sostenibili i nuovi oneri contrattuali». L’Aris ha percorso questa via più volte in passato. «Come Associazione – **continua il giuslavorista** – abbiamo più volte sottoscritto accordi nazionali sulla base di affidamenti e promesse che, tuttavia, spesso non sono state correttamente mantenute. Inoltre, per le strutture sanitarie il rischio è più elevato, in quanto il **committente è unico (il SSN)** e non c’è possibilità di differenziazione». «Sottoscrivere contratti collettivi di qualità – **conclude Costantino** – è un’esigenza, oltretutto una ferma volontà dell’Associazione. Su questo non si discute. È però necessario che la Pubblica Amministrazione faccia la propria parte, per rendere sostenibili gli sforzi delle **strutture accreditate**, evitando situazioni di crisi come quelle oggi denunciate dal settore cooperativo».



Allarme sostenibilità per il CCNL Cooperative Sociali

Adriaeco: news di economia dall'Adriatico: Allarme sostenibilità per il CCNL Cooperative Sociali

*14/04/2024
manager*

Incrementi retributivi progressivi che supereranno, ad ottobre 2025, la soglia del 12%. Questo l'impatto economico del nuovo contratto per le cooperative sociali del comparto sociosanitario e assistenziale – sottoscritto lo scorso gennaio e ratificato il 5 marzo 2024 – che sta generando preoccupazioni nel settore. A lanciare l'allarme autorevoli esponenti di Confcooperative (una delle tre sigle firmatarie del CCNL), secondo cui gli aumenti stipendiali potrebbero addirittura diventare insostenibili a causa del mancato aggiornamento delle tariffe della Pubblica Amministrazione. A rischio ci sarebbe la fuga dal settore di circa 40.000 lavoratori, secondo quanto riportato dagli organi di stampa.

«La firma del CCNL delle Cooperative Sociali è stato certamente un atto di grande coraggio – commenta Giovanni Costantino, capodelegazione [aris](#) – reso possibile probabilmente dalla convinzione che la committenza, principalmente pubblica, adeguerà le tariffe in modo tale da rendere sostenibili i nuovi oneri contrattuali».

L'[aris](#) ha percorso questa via più volte in passato. «Come Associazione – continua il giuslavorista – abbiamo più volte sottoscritto accordi nazionali sulla base di affidamenti e promesse che, tuttavia, spesso non sono state correttamente mantenute. Inoltre, per le strutture sanitarie il rischio è più elevato, in quanto il committente è unico (il SSN) e non c'è possibilità di differenziazione».

«Sottoscrivere contratti collettivi di qualità – conclude Costantino – è un'esigenza, oltretutto una ferma volontà dell'Associazione. Su questo non si discute. È però necessario che la Pubblica Amministrazione faccia la propria parte, per rendere sostenibili gli sforzi delle strutture accreditate, evitando situazioni di crisi come quelle oggi denunciate dal settore cooperativo».



la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

Lunedì 15 aprile 2024

Oggi con A&F e I Piaceri del Gusto Anno 70 N° 14 100 pagine € 2,20

DOPO L'ATTACCO DELLA REPUBBLICA ISLAMICA

Israele prepara la risposta

Il gabinetto di guerra riunito da Netanyahu dà via libera ai piani di ritorsione militare contro l'Iran, ma non ne specifica né i tempi né le modalità. Biden è contro l'escalation e promette "una forte iniziativa diplomatica" del G7. La guida suprema Khamenei: "Gerusalemme sarà in mani musulmane". Il mondo diviso: l'Occidente si stringe allo Stato ebraico, Russia e Cina con Teheran

Il commento

La "piccola" Nato del Medio Oriente

di Paolo Garimberti

Ci sono state due dichiarazioni, nelle drammatiche e angoscianti ore successive al massiccio attacco di droni e missili iraniani a Israele, che sembrano delineare gli scenari, complessi e pieni di incognite, che si configurano nel quadrante mediorientale. La prima, e sicuramente la più innovativa, quasi rivoluzionaria, dal punto di vista delle alleanze diplomatiche ma anche militari nella regione, è quella del ministro del Gabinetto di guerra Benny Gantz, che è stato per due volte in passato ministro della Difesa. "Costruiremo - ha detto Gantz - una coalizione regionale ed esigeremo un prezzo nel modo e nel momento che ci conviene". La seconda è venuta dal ministro degli Esteri iraniano Hossein Amir Abdollahian, secondo il quale la rappresaglia di Teheran all'attacco israeliano al consolato di Damasco, che ha eliminato alcuni alti ufficiali dei Guardiani della rivoluzione, è finita, salvo che ci siano "nuove aggressioni" da parte di Israele.

a pagina 27



Aviazione Un aereo israeliano. Ieri notte l'azione di intercettazione dei mezzi offensivi iraniani ha funzionato dal nostro inviato Fabio Tonacci a pagina 2

Storie e analisi

La festa degli ayatollah e quei contatti con gli Usa

di Gabriella Colarusso a pagina 6

Collaborazione sunnita per fermare i raid

di Gianluca Di Feo a pagina 8

La strategia di Mosca: indebolire la Casa Bianca

di Rosalba Castelletti a pagina 10

I possibili target dell'Idf: basi e impianti atomici

di Daniele Raineri a pagina 4

Così la dottrina Blinken ha usato l'intelligence

di Enrico Franceschini a pagina 11

Quel cielo di fuoco sopra la Città Santa

dal nostro inviato a pagina 5

L'editoriale

La democrazia di fronte alla metamorfosi del lavoro

di Ezio Mauro

Bastano ormai pochi giorni dopo una tragedia del lavoro con sette morti per trasportare uno scandalo pubblico della democrazia nella dimensione privata del lutto familiare, spegnendo insieme i riflettori della televisione.

a pagina 27 di Amato e Conte a pagina 19

Politica

Il gelo di Salvini su Bossi. La Lega ha perso sé stessa

di Serenella Mattera

Chi è Matteo Salvini? Un leader politico in lotta contro il proprio declino, la risposta dell'oggi. Una risposta facile, dettata dal crollo nei voti, dalle giravolte spudorate su sé stesso, dagli sgambetti maldestri agli alleati.

a pagina 26. Servizi di Venni e De Cicco a pagina 15

L'inchiesta

Ras e notabili. Viaggio tra i signori delle preferenze

di Emanuele Lauria alle pagine 16 e 17

CITRUS Verde Italiano. Vivi un'esperienza vitaminica! Scopri di più. Milano Design Week | 16-21 aprile. CITRUS ti aspetta al Fuori Salone.

Le idee



OJ Simpson e le radici della post-verità

di Gabriele Romagnoli a pagina 26

Udinese-Roma



Grande paura per Ndicka. Partita sospesa

dalla nostra inviata Silvia Scotti a pagina 32

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 29 C - Tel. 06 688291

DEL LUNEDÌ

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

EMK COSTRUTTORI DI FINESTRE

Sospesa Udinese-Roma «Ho dolore al petto» Paura per Ndicka di Luca Valdiserri a pagina 55



Inter e Milan Doppia frenata tutto sul derby di Bocci, Passerini e Tomaselli alle pagine 52 e 53

EMK COSTRUTTORI DI FINESTRE

Intercettato il 99 per cento di droni e missili lanciati dall'Iran, che ribadisce: «L'operazione è conclusa». Piantadosi convoca il Comitato per la sicurezza

Biden, lo stop a Netanyahu

Il leader Usa: prendete la vittoria e fermatevi. Israele: risponderemo all'Iran a tempo debito. Il G7: no all'escalation

PIANI E ARMI DI TEHERAN

di Guido Olimpico
Una rappresaglia «telefonata» che non toglie sostanza al messaggio simbolico e forte: l'Iran ha superato la linea rossa attaccando in modo diretto Israele. Un'azione calcolata da parte del pasdaran per stabilire un'equazione con lo Stato ebraico. Se ci colpiscono — ha affermato il loro comandante — il colpiremo. Sperando di riuscire a superare le difese nemiche e contando su nuove armi in continuo sviluppo. continua alle pagine 10 e 11

COSA UNISCE LE DUE CRISI

di Goffredo Buccini
Come il Nulla della Storia Infinita, avanza l'entropia, corrodendo le comode riserve d'ignavia di noi europei. Con urgenza sempre maggiore le democrazie e le libertà occidentali sono chiamate in questione da una «santa alleanza» di autocrazie e dittature. Il principio d'ordine che aveva governato l'uscita dal secolo scorso col miraggio d'una globalizzazione munita e pacificatrice appare dissolto nel caos. continua a pagina 42

di Davide Frattini

Dopo la pioggia «annunciata» di droni e missili, per la quasi totalità tutti intercettati e abbattuti da Israele con la collaborazione degli alleati, Stati Uniti, Francia, Inghilterra e con la Giordania che in ogni caso ha deciso di eliminare i droni in transito sul proprio spazio aereo, l'Iran ha voluto far sapere che l'operazione era da ritenersi conclusa. Netanyahu, invitato da Biden a fermarsi, ha riunito il gabinetto di guerra e Israele ha deciso che «risponderà a tempo debito». Una formula che sa di de-escalation. da pagina 2 a pagina 13

GIANNELLI



IN PRIMO PIANO

LO SCUDO CONTRO L'ATTACCO Anche la Giordania nell'alleanza anti raid di Marta Serafini alle pagine 8 e 9

L'ANALISI L'obbligo di potenza e la «guerra-show» di Federico Rampini a pagina 9

LA SCRITTRICE AZAR NAFISI «Così il regime usa il mio popolo» di Greta Privitera a pagina 11

L'INTERVISTA CON CROSETTO «Lo Stato ebraico non forzi le regole» di Paola Di Caro a pagina 13

Salman Rushdie Lo scrittore si racconta: la vita, la politica e l'amore

«Sono ancora qui per un miracolo Dopo l'attentato incubi ogni sera»

di Viviana Mazza



L'aggressione che lo ha portato a un passo dalla morte, l'incubo che ogni sera torna. Lo scrittore Salman Rushdie si racconta: «Qui per miracolo». Domani esce il suo nuovo libro «Coltello». alle pagine 44 e 45

DATARO

Medici di famiglia: quello che non va

di Milena Gabanelli, Simona Ravizza e Giovanni Viafora

Nel prossimi 6 anni, su 37.860 medici di famiglia in servizio, 12.600 andranno in pensione. Uno su 3. Nello stesso periodo si stima che ne entreranno 10.714. Gli ingressi non copriranno le uscite, e già oggi un medico di base ha in carico 1.399 pazienti contro i 1.171 di dieci anni fa. Cosa andrebbe fatto per ridefinire ruolo e sistema. a pagina 31

Festa «La Lega con me è cresciuta» Salvini, replica a Bossi e patto con Vannacci

di Marco Cremonesi e Cesare Zapperi

In risposta a Bossi: i suoi insulti aiutano. Matteo Salvini, il giorno dopo le critiche del senatore «Con me la Lega è cresciuta». Il generale Vannacci visto in via Bellerio. Dovrebbe correre alle Europee. alle pagine 16 e 17

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia

Sulle fatiche degli attuali adolescenti descritte in un recente Ultimo Banco un lettore mi scrive: «Ho 73 anni, la mia generazione non ha avuto questi problemi. Io studiavo, una parte di tempo libero l'impiegavo per i divertimenti, l'altra parte ad aiutare mio padre nei nostri vigneti e cantina annessa. Potevo anche esermi ma lo facevo volentieri, come facevano i miei coetanei con i genitori agricoltori, artigiani o commercianti. E io e i miei amici siamo cresciuti senza problemi esistenziali. Ora mi chiedo e Le chiedo: è possibile che questi problemi dei giovani siano dovuti all'aver trascorso l'adolescenza nella bambagia, troppo coccolati e sempre esauditi dai genitori? Quando qualche padre mi racconta di problemi esistenziali del figlio rispondo: «Fai lavorare tuo fi-

Riuscire



glio». Come fece un mio amico, titolare di una vetreria con una quarantina di dipendenti, con il figlio che immaginava di dirigere subito l'azienda, invece il padre lo mise alla catena di lavorazione vetri dicendogli: «Se vuoi comandare devi conoscere il mestiere di vetraio». È moralismo generazionale, boomer contro generazione Z, con autoassoluzione ottenuta dando la colpa ai genitori (gen X o Y che però sono figli dei boomer) o c'è altro? Avere 18 anni nel 1969 è lo stesso di averli nel 2024? I problemi esistenziali di cui si parla nella lettera, in misura e modi diversi, sono toccati a tutti nella storia umana. Perché? Esistenziale è l'aggettivo derivante da esistenza (latino ex-sisto: porsi fuori), quindi esistere è: uscire, venire al mondo. continua a pagina 37

Rimadesio



L'ECONOMIA

Se bocciare le case green serve ai conti di scuola e sanità

ALESSANDRO BARBERA - PAGINA 21



IL CALCIO

N'Dicka si accascia in campo De Rossi ferma Udinese-Roma

ANDREA IOIME - PAGINA 26



IL MADE IN ITALY

Lollobrigida: difendiamo il vino attenti al nuovo proibizionismo

LUCA FERRUA - PAGINA 20



LA STAMPA

LUNEDÌ 15 APRILE 2021



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



2,20 € (1,70 € QUOTIDIANO - 0,50 € PIACERI DEL GUSTO ABBINAMENTO OBBLIGATORIO) - ANNO 158 - N. 104 - IN ITALIA - SPEDIZIONE ABB. POSTALE - D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) - ART. 1 - COMMA 1, DDB - TO - www.lastampa.it



GLI AYATOLLAH: SE ISRAELE NON INSISTE, OPERAZIONE CONCLUSA. IL G7: STOP ALLE OSTILITÀ, HAMAS LIBERI GLI OSTAGGI

Iran, Biden frena Netanyahu

Gerusalemme: risponderemo a tempo debito. La Casa Bianca: non parteciperemo al contrattacco

L'ANALISI

L'assalto di Khamenei che non aiuta Gaza

NATHALIE TOCCI

Che avremmo visto una risposta iraniana all'attacco israeliano al consolato di Teheran in Siria era un segreto di Pulcinella. Quel che rimane incerto è il seguito. Per giorni gli iraniani, dalla Guida suprema Ali Khamenei in giù, lo avevano detto e ridetto. Una risposta iraniana era quasi scontata. La domanda non ruotava, insomma, attorno al se, ma semmai al quando e al come sarebbe arrivata una risposta di Teheran. Perché, in effetti, la via era stretta. Da un lato l'Iran vuole evitare una guerra regionale. Finora, il Paese è tra i vincitori della guerra a Gaza, e non ha interesse a vedere l'escalation trasformarsi in una guerra regionale vera e propria (ossia una guerra tra Stati), dalla quale perderebbero tutti, Iran incluso. Parte del successo iraniano sta nel modo in cui Teheran è riuscita a capitalizzare politicamente sul disprezzo che c'è nella regione (e non solo) nei confronti di Israele, alla luce degli eccessi dell'invasione di Gaza. - PAGINA 21



DEL GATTO, OLIVO, LOMBARDO MAGRI, SEMPRINI, SIMONI

Washington mette le briglie a Netanyahu incline a nuove fughe in avanti per vendicare l'operazione dell'Iran contro Israele. Teheran assicura che se colpita di nuovo lancerà il doppio dei droni e missili. - PAGINE 2-8

L'INTERVISTA

Il numero 2 della Nato "Ora la de-escalation"

LETIZIA TORTELLO

«Condanniamo fermamente l'escalation iraniana con questi attacchi massicci su Israele. E ovviamente chiediamo moderazione, perché il rischio di un'escalation in qualcosa di ancora più significativo in Medio Oriente è reale». Così il vicesegretario generale della Nato, Mircea Geoană. - PAGINA 6

IL COMMENTO

La morsa del regime sulle donne senza velo

FRANCESCA PACI

La Guida suprema Ali Khamenei l'aveva annunciato venerdì, durante la preghiera della fine di Ramadan. «Colpiremo il nemico esterno e il nemico interno». Aveva detto proprio così il massimo esponente del clero sciita, chiamando alle armi pasdaran e ciechi sostenitori del regime sul duplice fronte. - PAGINA 5

LA POLITICA

Il passo a due di Schlein e Meloni la sfida con Conte va fuori controllo

FRANCESCA SCHIANCHI



A poco più di un anno dall'elezione a segretaria, per Elly Schlein tutti i nodi stanno venendo al pettine. Il potere dei cacchi che aveva promesso di mettere alla porta dimostra di essere ancora tranquillamente accomodato in salotto. La sua stessa maggioranza ribolle. - PAGINA 21

L'ENERGIA

La paura che si impenni il prezzo del petrolio

DAVIDE TABARELLI

È sempre paura l'Iran, perché non ci si può dimenticare il secondo shock petrolifero scatenato dalla sua rivoluzione del 1979, come non possiamo scordarci che teoricamente controlla lo stretto di Hormuz. Da qui passa gran parte del petrolio che va sul mercato. - PAGINA 7

PER AMADEUS SUL NOVE UN QUIZ PRESERALE E UN FORMAT MUSICALE

Mister 100 milioni

PAOLO FESTUCCIA



Le cifre sono ancora da definire. Ma l'investimento che sancirà il passaggio di Amadeus al Nove si avvicina ai 100 milioni di euro per 4 anni. - PAGINA 15

IL CASO

Ma Valditaro non sa cos'è la "sua" scuola

LAURA EDUATI



Se il ministro Giuseppe Valditaro lo scorso 10 aprile fosse venuto in visita nella mia classe di stranieri avrebbe trovato l'aula pressoché vuota. La maggioranza dei ragazzi musulmani, infatti, è rimasta a casa per la festa di fine Ramadan e il risultato è che la mia è stata una non-lezione visto che mancavano quasi tutti. Ho recuperato due giorni dopo, quando finalmente la classe è tornata al completo. Scendo nei dettagli didattici perché questa è la scuola italiana dove gli studenti, lo ripetono tutte le linee guida ministeriali, sono al centro della comunità di pratica. Se mancano gli studenti, banalmente smette di esistere la scuola. AMABILE - PAGINA 17

IL PAGELLONE

Giorgetti l'equilibrista tra Ue e sovranismo

ALESSANDRO DE ANGELIS

Sentire qui, e ci vuole davvero una certa maestria nel galleggiare tra i mari della scomunica bosniaca e quelli della resistenza salviana: «Grazie ai militanti e a Bossi, a Marteo che porta avanti questa battaglia, a Maroni che non c'è più». Ecco, grazie a tutti e arrivederci. Lo fa capire proprio così Giancarlo Giorgetti. - PAGINA 13

★ VERSO LE ELEZIONI ★

Slovenia europeista in crisi sui migranti

USKLAUDINO

Tra meno di due mesi i cittadini sloveni saranno chiamati a esprimersi alle elezioni europee anche sul loro gradimento per l'Ue, a vent'anni dall'ingresso. Tema centrale i migranti, cavallo di battaglia della destra. - PAGINE 10 E 11

LA CULTURA

Quei sogni collettivi uccisi dalla tv commerciale

MAURIZIO MAGGIANI

Io sono ciò di cui ho memoria, la Repubblica è ciò di cui ha memoria, l'umanità è la dolce curiosità di una universale e reciproca domanda, de chi te sen? E nello scambio dei racconti che danno risposta alla curiosità, si compone il romanzo del mondo. Il passato come risorsa, pensava Benjamin. E Mario Tronti, sia chiaro che non è più l'avvenire ma il passato. - PAGINE 22 E 23



IL DOCUFILM

Giovanni da Verrazzano il Rinascimento e gli Usa

ALAN FRIEDMAN

Sono cresciuto a Manhattan e se qualcuno avesse citato il nome di Giovanni da Verrazzano avrei pensato al ponte che collega Brooklyn e Staten Island. - PAGINA 25

Punta alla ricerca.

Contro il cancro sostieni Candiolo.

5X1000 FIRMA PER LA RICERCA SANITARIA. C.F. 97519070011



#sostienicandiolo dona su www.igrconlus.it





Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 146 - N° 104
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DC SRM

NAZIONALE



Lunedì 15 Aprile 2024 • S. Annibale

IL MERIDIANO

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

Ucciso 80 anni fa Giovanni Gentile, mostra e convegno per il filosofo che fu maestro di Gramsci



Campi a pag. 20

A Parigi cinque qualificate Irma Testa e le altre nella boxe azzurra donne al comando

Arcobelli nello Sport



Il grande ritorno Togni apre l'oblio «Dopo la luna, canto le notizie dei quotidiani»

Targia a pag. 21



Missili da Teheran L'incognita della guerra nella risposta di Israele

Greta Cristini

L'attacco dell'Iran in territorio israeliano segna un inedito storico nello scontro fra le due principali potenze del Medio Oriente. Le regole di ingaggio fra la Repubblica Islamica e lo Stato ebraico sono state innalzate a un livello mai sperimentato prima, tanto che Teheran ha parlato di una "nuova equazione" aperta nel confronto col nemico strategico israeliano. La scelta è il carattere circoscritto della rappresaglia decisa da Teheran segnalano almeno tre rilievi sullo status del conflitto di potere più importante della regione. Primo: Iran e Israele hanno perso il potere di deterrenza. Secondo: ristabilirlo è l'ossessione e la calamita che attrae le due principali potenze della regione l'una contro l'altra, in una spirale potenzialmente incontrollabile. Terzo: nessuno dei due protagonisti, degli alleati e dei paesi vicini coinvolti vuole una guerra diretta.

La distruzione di un edificio del complesso diplomatico iraniano a Damasco del primo aprile scorso con l'uccisione di Mohammad Reza Zahedi - comandante della Forza al-Quds (l'élite del Corpo delle Guardie Rivoluzionarie Islamiche) e più alto funzionario militare iraniano ad essere ammazzato dopo l'assassinio nel gennaio 2020 a Baghdad del generale Qassem Soleimani ad opera statunitense - ha costretto l'Iran in una risposta complicata. Non rispondere significava per Teheran (...)

Continua a pag. 23

La spinta del G7 per la pace

► I leader guidati da Meloni condannano l'Iran ma frenano la reazione di Netanyahu
► «Ora serve moderazione». Timori per attacchi di Israele ai siti nucleari di Teheran

ROMA Dopo la notte di droni e missili su Israele dall'Iran, si moltiplicano gli appelli alla moderazione. Il G7 guidato da Giorgia Meloni condanna duramente l'attacco ma invita anche Netanyahu ad «astenersi da mosse che alimentino l'escalation. Biden è riuscito ad evitare una reazione immediata di Israele, ma il timore è che quel che possa avvenire sia un attacco ai siti nucleari iraniani.

Bechis, Evangelisti, Genà, Gualta, Pacifico, Ventura e Vita da pag. 2 a pag. 7

Regolarizzate le cartelle dal 2020 al 2022

Fisco, più risorse per la Manovra con i 3 miliardi della rottamazione

ROMA Un tesoretto da 3 miliardi di euro. Da utilizzare per ridurre il peso del debito pubblico, oppure per finanziare qualche misura una tantum della prossima legge di Bilancio. Si è chiusi



con un buon risultato, il 20 marzo, la finestra per versare le prime due rate della rottamazione quater, per regolarizzare le cartelle esattoriali del 2020-2022.

Di Branco a pag. 8

Bari, Conte chiude all'ipotesi Colaianni

Salvini: gli insulti di Bossi ci migliorano E i big della Lega blindano il segretario

Mario Ajello

«Gli insulti di Bossi ci fanno migliorare». Salvini celebra la festa dei 40 anni della Lega ed evita di polemizzare



con il fondatore. Ma è chiaro che questa non è una fase facile per il Carroccio e per il suo leader. Il quale in una giornata così simbolica riesce a compattare intorno a sé i big del partito. A pag. 11

Fitta al cuore, stop al 72' per Udinese-Roma: ora Evan è fuori pericolo



Paura Ndicka: crolla a terra, gara sospesa

Evan Ndicka soccorso e portato fuori dal campo in barella (FOTO GETTY IMAGES) Nello Sport

«Concorrenza sleale» Il faro dell'Antitrust puntato su Ryanair

► Azione dell'Authority: il vettore boicotta le agenzie di viaggio e danneggia gli utenti

Giacomo Andreoli

Un rischio concreto di «abuso di posizione dominante» per estendere il proprio potere di mercato all'offerta di altri servizi turistici» con possibili «danni gravi e irreparabili» alle agenzie di viaggio. E a cascata alle altre compagnie aeree e ai consumatori, a cui sarebbero impediti possibili risparmi sul costo dei biglietti fino al 40-50%. L'Antitrust mette nero su bianco le accuse nei confronti di Ryanair.

A pag. 14

Aveva 14 anni Dramma al lago, Fabrizio muore davanti agli amici

Flaminia Savelli

Il ramo dell'albero su cui faceva leva ha ceduto e per Fabrizio Proccoci, 14enne di Ariccia, non c'è stato più nulla da fare. È precipitato per 40 metri ed è morto.

A pag. 13

Tendenza offline



Niente cellulare mentre si mangia: il locale ti premia

ROMA Tutti a tavola, ma senza cellulare. È l'ultima tendenza di molti ristoranti in Italia, che offrono premi: bottiglie di vino, sconti o regali per inciviltare la cena offline. Melina a pag. 15

COME FEDERICA PELLEGRINI SCEGLI SUSTENIUM PLUS PER LA TUA ENERGIA FISICA E MENTALE!

DAI ENERGIA ALLA TUA ENERGIA.

GLI INTERAZIONI ALIMENTARI NON VANO INTESI COME SOSPETTI DI UNA DIETA POCO EQUILIBRATA E DI UNO STILE DI VITA SANO.

Il Segno di LUCA

CANCRO, FERMEZZA E SENSIBILITÀ

La Luna nel tuo segno ti aiuta ad affrontare nel modo migliore possibile una questione di lavoro che richiede fermezza e al tempo stesso grande sensibilità. Approfitta del suo prezioso aiuto e della tua capacità di mantenere un livello di tensione basso, grazie a una consapevolezza del qui ed ora che la configurazione accentua e favorisce. Il tuo buonumore e la tua determinazione, in un particolarissimo cocktail, faranno il resto.

MANTRA DEL GIORNO
L'allarme cresce aumentando le difese.

L'oroscopo a pag. 23

* Tandem con altri quotidiani: non stupisciti se i repartimenti di cui si parla in questa pagina sono: il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica su Fotomontato € 1,40; il Meridiano, il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; il Paese, il Messaggero - Primo Piano Notte € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50.

Cartabellotta, fondazione Gimbe

«Sanità pubblica da rafforzare»

Panettiere a pagina 12



I tagli alla Sanità pubblica «Troppe famiglie perdono le cure Il governo deve intervenire»

Il presidente del Gimbe, Cartabellotta: l'aumento medio dei costi sanitari certifica la crisi
«O si rilancia il Servizio nazionale o c'è il modello Usa. Ma non tutti possono permettersi il privato»

di **Giovanni Panettiere**
ROMA



L'incremento della spesa sanitaria diretta delle famiglie (*out of pocket*), combinato con la rinuncia da parte di quasi due milioni d'italiani a visite ed accertamenti diagnostici per motivi economici e con la presenza di 2,1 milioni d'indigenti a rischio salute, «deve indurre il governo a prendere una decisione: rilanciare il Servizio sanitario nazionale, sempre più in affanno a causa di quindici anni di tagli indiscriminati, oppure passare chiaramente al modello statunitense nel quale le prestazioni per la salute sono in prevalenza coperte dai singoli o dalle polizze assicurative». *Tertium non datur* per Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, che, con l'occhio clinico del medico - è specialista in Gastroenterologia e Medicina interna -, guarda con preoccupazione alle condizioni generali di una paziente illustre: la sanità pubblica.

L'Italia spende per la salute il 6,6% del Pil, siamo sotto dello 0,5% alla media Ocse (Organiz-

zazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) e a quella dell'Unione europea. Siamo 'perdendo' il malato?

«Considerando la spesa sanitaria in termini assoluti, non possiamo dire che ci sia una diminuzione particolare rispetto agli anni precedenti. Il dato più rilevante, però, è la percentuale sul Pil che registra un calo indiscutibile degli stanziamenti per la salute pubblica, ancor più significativo se posto in correlazione con quanto accade all'estero. Nel 2022 la spesa sanitaria si attestava al 6,7%, quest'anno, stando alle previsioni del Def, si ridurrà al 6,4%, per poi scendere al 6,3%, come nel 2026, e l'anno successivo al 6,2%».

Anche se sarebbe ingeneroso gettare la croce sul solo governo Meloni, dato il trend negativo da 15 anni a questa parte, tocca all'esecutivo in carica fare una scelta definitiva?

«Sì, perché l'aumento medio di 64 euro annui a famiglia per costi sanitari racconta di una coperta sempre più corta per la sanità pubblica. Non tutti poi possono permettersi di accedere al privato di tasca propria. A proposito, quasi il 16,7% delle famiglie ha

scelto di rinunciare ad alcune prestazioni e probabilmente questo è un dato, se possibile, ancora sottostimato, pensando alla riservatezza dei singoli sul fronte salute. Crescono anche gli indigenti che oggi rappresentano 2,1 milioni di persone. Parliamo dei soggetti ai quali la Repubblica, a norma dell'articolo 32 comma 1 della Costituzione, dovrebbe garantire cure gratuite. Con



Le richieste delle regioni

SOS DAI TERRITORI



Massimiliano Fedriga
Presidente Conferenza delle Regioni

Le regioni hanno più volte protestato contro i tagli alla sanità e hanno annunciato che ricorreranno anche alla Corte Costituzionale. L'ultimo appello dopo la richiesta di 14 scienziati per maggiori risorse alla Sanità pubblica (mentre la Ragioneria dello Stato ha messo in guardia sullo slittamento al 2025 dei Lea e delle relative tariffe. Tra le altre cose, le regioni chiedono l'abrogazione del titolo 1 comma 13 del dl Pnrr che taglia 1,2 miliardi alle regioni relativi soprattutto a opere per la sicurezza sismica delle strutture ospedaliere, o un impegno formale per la reintegrazione dei fondi.

I DATI PREOCCUPANO
«Il 16,7% rinuncia ad alcune prestazioni e questo è un dato ancora sottostimato. Indigenti (2 milioni) peggiorano il quadro»

quali soldi?».

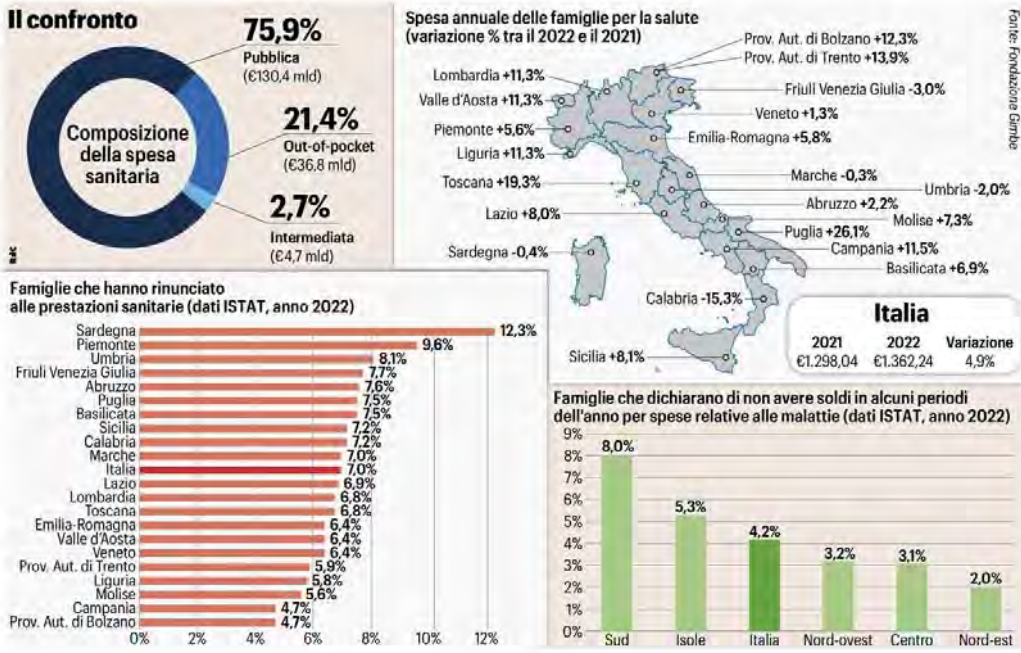
Voi che cosa proponete?

«Noi abbiamo presentato al ministero della Salute un piano di razionalizzazione e rilancio della sanità pubblica. Purtroppo non abbiamo ricevuto alcuna risposta».

Più di 4 milioni di famiglie hanno limitato le spese per la salute, soprattutto al sud. La soluzione potrebbe arrivare dall'autonomia differenziata?

«Tutt'altro, si rischia d'ingenerare solo un doppio binario fra le regioni. Temiamo che anche il nord non sarà in grado di garantire livelli minimi di assistenza per la popolazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ECONOMIA

Se bocciare le case green serve ai conti di scuola e sanità

ALESSANDRO BARBERA – PAGINA 21

SE BOCCIARE LE CASE GREEN SERVE AI CONTI DI SCUOLA E SANITÀ

ALESSANDRO BARBERA



Lo Stato investe in sanità poco più di 130 miliardi di euro l'anno, il 6,8% della ricchezza prodotta. In Europa siamo quattordicesimi, molto lontani ad esempio dalla Germania, che spende per curare i tedeschi il 10,9% del Pil. I contributi pubblici per scuola e università valgono il 4,1%, quasi un punto in meno della media dei trenta Paesi più ricchi del mondo. In termini assoluti, si tratta rispettivamente di 130 e 80 miliardi. Per finanziare le ristrutturazioni edilizie abbiamo speso in tre anni più di quella somma, 220 miliardi di euro.

Di fronte a queste grandezze il dibattito sulla nuova direttiva che introduce obblighi per l'efficientamento energetico delle case merita una domanda: quali sono le priorità del Paese con il terzo debito pubblico del mondo avanzato? Fare stime su quanto sarà necessario per rispettare la decisione del Parlamento europeo è presto. Si possono fare alcune semplici considerazioni che possono però aiutare a capire il problema. L'obiettivo della direttiva è di ridurre entro il 2030 i consumi delle case italiane di circa cinque volte quanto chiesto per gli immobili (pochi, il 4% del totale) che hanno beneficiato degli incentivi azzerati dal governo Meloni. Ciò significa che l'impegno finanziario necessario è enorme, molto più di quello di cui si è fatto carico l'Italia nell'ultimo triennio. Di qui

la domanda obbligata: chi pagherà? L'Unione europea? Il contribuente italiano? O sarà un onere per i singoli proprietari? La direttiva non

obbliga ad andare in nessuna di queste direzioni. Sappiamo che sarà possibile attingere ad alcuni dei fondi comunitari esistenti, come quelli per la coesione, sui quali l'Italia ottiene sempre pessimi risultati. L'ultimo settennato di programmazione – quello fra il 2014 e il 2020 – abbiamo attinto a 46 miliardi su 116, un dato ancora più deludente (34 miliardi) se si escludono gli interventi di emergenza per combattere la pandemia. Sarebbe dunque cosa buona se il governo, già in ritardo nella spesa del Recovery Plan, utilizzasse parte di quei fondi per raggiungere gli obiettivi di risparmio energetico che si è data l'Europa. Resta la domanda di fondo: da dove arriverà il resto? Ipotizziamo che la direttiva costi (solo) cinque volte i 129 miliardi spesi in un triennio per il Superbonus al 110%. Si può chiedere agli italiani di pagarselo di tasca propria? Inimmaginabile. Può viceversa permettersi il bilancio dello Stato un investimento del genere? Non sarebbe più lungimirante aumentare la spesa per combattere la grave crisi demografica di un Paese carente di asili, sanità di qualità (al Sud), che offre agli insegnanti retribuzioni ben al di sotto del ruolo che svolgono? Di fronte a queste domande, al taglio brutale del reddito di cittadinanza e delle indicizzazioni di pensioni non propriamente d'oro per far tornare i conti, il no del governo Meloni alla direttiva sulle case green appare meno insensato di quel che un europeismo di maniera ci potrebbe spingere a pensare. —



L'inflazione taglia la spesa reale: dalla Pa (-4%) alla sanità (-6,2%)

L'impatto sui conti

Nel confronto 2021-2024 salgono solo le pensioni e gli interessi sul debito

L'indicizzazione fa lievitare la spesa previdenziale di 70 miliardi in sei anni

L'inflazione fa sentire i suoi effetti sulla spesa pubblica. La spesa sanitaria reale del 2024 è infatti inferiore del 6,2% rispetto a quella del 2021, e quella per i redditi dei dipendenti pubblici perde in tre anni un 4% ton-
do, cioè 7,9 miliardi nominali.

Nella spesa corrente in termini reali salgono solo interessi sul debito e pensioni. Nella previdenza, si assiste a un'impennata di quasi 70 miliardi tra l'inizio del 2019, segnato dall'en-

trata in vigore di Quota 100, e quest'anno, in cui si registra un impatto ancora rilevante dell'indicizzazione dei trattamenti all'inflazione.

Rogari e Trovati — a pag. 4

L'inflazione taglia la spesa reale, dalla sanità (-6,2%) alla Pa (-4%)

Def. Nel confronto 2021-2024 in termini reali calano anche le uscite per consumi intermedi (-3,4%)
A correre più dei prezzi sono previdenza, interessi passivi e gli investimenti per realizzare il Pnrr

Gianni Trovati
ROMA

Sui conti pubblici, e più concretamente sulle politiche che si possono attuare con i fondi statali, l'inflazione sprigiona l'effetto classico delle droghe. Positivo nella fase iniziale, perché taglia il valore reale del debito pubblico e soprattutto riduce il suo peso su un Pil nominale gonfiato dalle dinamiche dei prezzi, lascia presto

il passo agli strascichi successivi, pesanti e duraturi: tagliando le gambe alla finanza pubblica che, gravata dalle ricadute su interessi passivi in crescita, deve fare i conti con la dieta rigida del valore effettivo degli stanziamenti per le diverse voci di spesa.

Le tabelle del Documento di economia e finanza 2024 ora all'esame delle Camere offre a chi ne voglia approfittare l'occasione di un consuntivo dello shock inflattivo che ha fatto

correre i prezzi nel 2022-2023 e ora si è esaurito, aprendo la lunga stagione del down. Problema che in Italia è doppio, perché a pesare è anche l'eredità di un Superbonus che dopo aver dato una spinta (controversa nell'en-



tità) sulla crescita negli anni scorsi ora si fa sentire con le sue scorie fatte di debito pubblico aggiuntivo. È un ostacolo in più, non piccolo: perché il Governo avrebbe bisogno di spazi fiscali aggiuntivi per adeguare all'inflazione le doti finanziarie di settori cruciali come la sanità e gli altri servizi pubblici. Ma i margini sono esauriti a priori, al punto che, in attesa della definizione del piano fiscale strutturale previsto dalla nuova governance economica della Ue, si è rinunciato ad abbozzare qualsiasi ipotesi programmatica.

I numeri del Def spiegano in modo efficace il perché. Per capirlo basta guardare al conto economico delle amministrazioni pubbliche (pagina 13 della sezione II del Documento, quella su «analisi e tendenze della finanza pubblica») e confrontare le voci di entrata e di spesa del 2024 con quelle del 2021, precedenti all'impennata dei prezzi, depurando il tutto dall'inflazione.

I teorici della spending review, convinti delle potenzialità che si potrebbero sfruttare riducendo la spesa pubblica, scopriranno che in termini reali la spesa corrente primaria, al netto degli interessi, è cresciuta di 93,7 miliardi in termini nominali (+11,5%) ma si è ridotta del 3,7% in termini reali. Per tenere il passo di tre anni fa, in pratica, servi-

rebbero 33,3 miliardi in più. L'immagine si fa più concreta quando si scende nei dettagli dei singoli capitoli macro: la spesa sanitaria reale del 2024 viaggia il 6,2% sotto a quella del 2021, che raggiungerebbe solo con un aiuto extra da 8,6 miliardi, e quella per i redditi dei dipendenti pubblici perde in tre anni un 4% ton-do, cioè 7,9 miliardi nominali.

La flessione avviene nonostante gli sforzi straordinari compiuti con l'ultima manovra, che ha dedicato un terzo del proprio impegno (8 miliardi su 24) ai fondi per il rinnovo contrattuale del pubblico impiego con una spesa che per competenza si fa sentire proprio da quest'anno: ma il recupero integrale dell'inflazione relativa al 2022/24, triennio di riferimento dei nuovi contratti, avrebbe avuto bisogno di circa 32 miliardi, divisi quasi a metà fra la Pa centrale finanziata con la manovra e i comparti (enti territoriali, università e così via) che coprono gli aumenti con i fondi del proprio bilancio. Perché il problema di un'inflazione come quella vissuta nell'ultimo biennio è proprio nelle sue dimensioni sostanzialmente ingestibili per qualsiasi bilancio pubblico; soprattutto quando è schiacciato da deficit e debito a livelli italiani. In flessione reale, sempre per stare nelle zone care alle spending review, anche le

spese di funzionamento della pubblica amministrazione, riassunte nei "consumi intermedi" tagliati del 3,4% in tre anni in termini reali

Nella colonna delle spese correnti superano il ritmo dei prezzi solo le pensioni, che sono indicizzate, e gli interessi passivi, lievitati insieme ai tassi. Corrono anche le uscite in conto capitale, nella speranza di riuscire quest'anno a realizzare davvero il tasso di spesa effettiva del Pnrr da impennare dopo i ritardi cumulati fin qui.

La buona notizia per il Mef è che anche le entrate hanno superato l'inflazione, in particolare grazie alle imposte dirette cresciute con l'aumento dell'occupazione, un po' di fiscal drag e l'impennata degli utili in settori come le banche. Per la prima volta, quindi, le entrate della Pa superano la soglia dei mille miliardi di euro. Ma la loro spinta, nei tendenziali, serve a ridurre il deficit e a limitare i danni da Superbonus sul debito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Documento di economia e finanza 2024

Le principali voci di spesa e di entrata nel confronto fra 2021 e 2024. Valori in miliardi

USCITE	2021	2024	DIFFERENZA %	AL NETTO INFLAZIONE			
				NOMINALE		AL NETTO INFLAZIONE	
				-100%	-50%	0%	50%
Consumi intermedi	158,1	176,7	+11,8				-3,4
Pensioni	286,3	337,5	+17,9				+1,8
Altro welfare	111,6	109,6	-1,8				-15,2
Redditi	176,8	196,4	+11,1				-4,0
Sanità	127,8	138,7	+8,5				-6,2
Interessi passivi	63,7	84,8	+33,1				+15,0
SP. CORRENTE PRIMARIA	814,4	908,1	+11,5				-3,7
TOTALE SPESA CORRENTE	878	992,8	+13,1				-2,3
Investimenti fissi lordi	52,1	68	+30,5				+12,8
Contrib. agli investim.	58,5	41	-29,9				-39,4
Altre sp. conto capitale	36	3,8	-89,4				-90,9
TOT. SP. CONTO CAPITALE	146,6	112,7	-23,1				-33,6
TOTALE SPESA	1.024,6	1.105,6	+7,9				-6,8

ENTRATE	2021	2024	DIFFERENZA %	AL NETTO INFLAZIONE			
				NOMINALE		AL NETTO INFLAZIONE	
				-100%	-50%	0%	50%
Imposte dirette	267,7	325,5	+21,6				+5,0
Imposte indirette	260,1	306,4	+17,8				+1,8
Imposte conto capitale	1,6	1,5	-6,3				-19,0
ENTRATE TRIBUTARIE	529,4	633,5	+19,7				+3,4
Contributi sociali	241,5	271,9	+12,6				-2,7
Contr. sociali figurativi	4,6	4,3	-6,5				-19,2
ENTRATE CONTRIBUTIVE	246,1	276,2	+12,2				-3,0
Altre entrate correnti	79,6	91,7	+15,2				-0,5
TOTALE ENTRATE CORRENTI	853,5	999,9	+17,2				+1,2
Altre entr. conto capitale	8,3	10,2	+22,9				+6,2
TOTALE ENTRATE	863,4	1.011,6	+17,2				+1,2

Fonte: elaborazione del Sole 24 Ore su dati Def e Bankitalia

Le entrate pubbliche superano per la prima volta i mille miliardi ma l'aumento effettivo è solo dell'1,2 per cento

7,9 miliardi

I REDDITI PERSI NELLA PA

In tre anni persi 7,9 miliardi di redditi della Pa, nonostante le risorse stanziolate dall'ultima manovra: 8 miliardi riservati al rinnovo contrattuale nella Pa



La svolta

Sanità, contratti e stabilizzazioni per 5mila medici

Sanità, mossa per il Pnrr: contratti e stabilizzazioni per 5.000 nuovi medici. Gli emendamenti del governo al decreto: gli ospedali potranno aumentare i dipendenti. Salta il tetto per il tempo determinato; più facile l'ingresso per gli specializzandi.

Pacifico a pag. 5

Sanità, mossa per il Pnrr contratti per 5mila medici

- Gli emendamenti del governo al decreto: gli ospedali potranno aumentare i dipendenti
- Salta il tetto per il tempo determinato Più facile l'ingresso per gli specializzandi

LA MISURA

ROMA Tra nuove assunzioni e conferme ai contratti dei precari (che altrimenti rischiano di dover trasferirsi all'estero) l'obiettivo è di garantire a regime negli ospedali fino a 5mila medici in più. Non sono pochi, ma questo numero finisce per essere ancora più considerevole se si guarda agli organici del servizio sanitario nazionale: lo svuotamento in atto nelle corsie dei nosocomi da oltre un decennio ha ridotto il personale di 20mila dottori e 70mila infermieri, per non parlare del taglio di oltre 100mila posti letto, soprattutto nelle Regioni sotto commissariamento.

LA STRATEGIA

Va avanti la strate-

gia portata avanti dal ministro della Sanità, Orazio Schillaci, per invertire la tendenza. In commissione Bilancio della Camera lo stesso ministero e i partiti del centrodestra hanno depositato e approvato una serie di emendamenti al decreto Pnrr (da martedì sarà in discussione in Aula) per ampliare il personale disponibile, soprattutto guardando alla conferma dei contratti dei precari e allargando il raggio d'azione degli specializzandi. Ma non mancano percorsi di stabilizzazioni per "gli angeli del Covid". Soluzioni tampone, mentre lo stesso Schillaci lavora a misure più strutturali come il

Tornando agli emendamenti al Pnrr, il governo intanto ha deciso di far saltare il limite vigente «per assumere medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato». In quest'ottica il tetto assunzionale è «pari al 50% della spesa sostenuta nel 2009». La norma specifica che i nuovi ingressi possono avvenire «mediante convenzioni o con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché nelle ipotesi di reclutamento di personale mediante contratti di formazione lavoro, o altri rapporti formativi, o con contratti di somministrazione di lavoro».

superamento del tetto assunzionale, sgravi fiscali sulla cosiddette indennità di specificità e incentivi per attrarre (anche tra i cervelli in fuga) più medici negli ospedali.



ro». Sul precariato, la maggiore offerta sanitaria imposta dal Covid, e la necessità degli ospedali di dover reclutare più personale anche pescando tra chi non aveva concluso la specializzazione, ha ridotto il gap rispetto al decennio: ma stando alle ultime stime si è passati dagli oltre 7.210 medici contrattisti nel 2013 a oltre 5mila. Che senza tetto di spesa possono essere riconfermati e avviati verso la stabilizzazione.

Secondo stime che circolano tra i dirigenti sanitari e i sindacati di categoria, il pacchetto del governo potrebbe - tra nuove assunzioni di contrattisti, maggiore ricorso agli specializzandi e stabilizzazioni - garantire il riempimento di 5mila caselle. Come detto, non pochi visti i tempi lunghi per essere visitati che da anni si registrano nei pronto soccorso e la difficoltà delle Asl di aggredire le liste d'attesa, anche con l'aiuto dei privati. Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato Anaao-Assomed, dice che «con queste misure si potrebbero raggiungere a regime quegli

obiettivi occupazionali». In quest'ottica non meno importante è l'approvazione «delle norme che favoriscono l'assunzione degli specializzandi». Da un lato salta il tetto assunzionale del 2 per cento negli organici per l'ingresso dei contrattisti nelle aziende ospedaliere universitarie, dall'altro salta, nelle strutture non convenzionate con il sistema universitario, la durata massima di 18 mesi ai contratti di lavoro. «A queste condizioni, chiaramente non convenienti, gli specializzandi non partecipavano neppure ai concorsi».

ESAMI E OPERAZIONI

Anche con l'ausilio di un'apposita commissione, Schillaci sta lavorando a un piano per tagliare le liste d'attesa. In Italia - soprattutto per le prestazioni non urgenti - un quarto delle visite specialistiche, un quinto degli esami diagnostici e circa il 13 per cento degli interventi chirurgici non vengono eseguiti nei tempi previsti dalla legge. In questa direzione, e «per valorizzare le professionalità», è stato previsto che le Regioni «fino al 31 dicem-

bre del 2025 possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e del ruolo sociosanitario, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato al 31 dicembre 2023 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale». Ma devono aver lavorato nelle strutture pubbliche per almeno un anno e mezzo.

Francesco Pacifico



MEDICI Previsti nuovi contratti e stabilizzazioni per 5000 unità



I PROVVEDIMENTI

Medici, segnali su gettonisti e specializzandi

Emendamenti al decreto Pnrr: stop a liste d'attesa e via ai 18 mesi di durata massima dei contratti per i giovani dottori

Un ulteriore passo che potrà aiutare ad abbattere le liste di attesa e ad assestare un duro colpo all'utilizzo dei medici gettonisti. Vanno in questa direzione gli emendamenti al decreto Pnrr, approvati in commissione Bilancio alla Camera, che facilitano le assunzioni degli specializzandi segnando un avanzamento verso la fine del tetto di spesa per le assunzioni nella sanità. Provvedimenti accolti con favore dall'Ordine dei medici e dai sindacati.

Un primo emendamento, spiega il sottosegretario alla Sanità Marcello Gemmato, «va a superare il limite ad oggi vigente, pari al 50% della spesa sostenuta nel 2009, per assumere medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato: una misura legislativa che di fatto rappresenta un primo passo verso l'abolizione dei tetti di spesa per le assunzioni di personale».

Un secondo emendamento abolisce inoltre il limite di 18 mesi per la durata massima del contratto per l'assunzione degli specializzandi in un'azienda sanitaria che non è inserita nella rete formativa della Scuola di specializzazione cui sono iscritti. Grazie a questa norma, si potranno assumere gli specializzandi per tutta la durata residua del corso.

Con il via libera a questi emendamenti che agevolano le assunzioni degli specializzandi, sottolinea il sottosegretario, «si dà il giusto riconoscimento al ruolo che svolgono all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Quest'ultima misura, insieme a quella già approvata che facilita le assunzioni di personale sanitario e sociosanitario con contratti flessibili, rappresen-

ta una risposta concreta per il rafforzamento degli organici nella sanità pubblica».

Si dice «soddisfatto» il presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo) Filippo Anelli: «Accogliamo con favore questi provvedimenti, che rappresentano un primo passo verso l'eliminazione, auspicata dal ministro della Salute Orazio Schillaci e sostenuta dal governo, degli anacronistici tetti di spesa per le assunzioni di personale». Ora, è la richiesta di Anelli, «si dia finalmente il via a un piano che apporti al Ssn un incremento del capitale umano coerente con le esigenze di salute dei cittadini». Secondo Pierino Di Silverio, segretario del maggiore sindacato dei medici ospedalieri, l'Anaao Assomed, si aprono così le porte alla «partecipazione incondizionata di almeno 15mila specializzandi degli ultimi due anni ai concorsi. Considerando che attualmente la carenza stimata di medici è di circa 30mila, questi provvedimenti - afferma - possono rappresentare uno dei modi concreti per combattere la carenza di personale e i medici gettonisti, ma solo se l'opera verrà completata con un ddl che contrattualizza in maniera definitiva tutti gli specializzandi aumentando così la qualità formativa».

In particolare, l'Anaao plaude all'abolizione del vincolo dei 18 mesi come durata massima del rapporto di lavoro di uno specializzando in una struttura extra rete formativa. Provvedimento, chiarisce Di Silverio, che «porta alla completa liberalizzazione per l'assunzione dei giovani colleghi».

Il sottosegretario alla Sanità, Gemmato: «Diamo il giusto riconoscimento a chi lavora nel Ssn». Plauso dall'Ordine e dai sindacati



12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

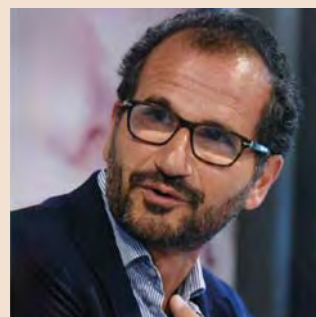
TWITTER | t

IN PARLAMENTO

S
24

Di Pnrr/ Gemmato: la norma sui contratti degli specializzandi risposta a carenza di personale

“Con l’approvazione dell’emendamento al decreto Pnrr che agevola le assunzioni degli specializzandi si dà il giusto riconoscimento al ruolo che svolgono all’interno del Servizio sanitario nazionale. Rappresenta un primo segnale di una maggiore valorizzazione dei professionisti in formazione specialistica che intendiamo portare avanti”. Così il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, in merito all’approvazione in commissione Bilancio alla Camera dell’emendamento che abolisce il limite di 18 mesi per la durata massima del contratto per l’assunzione degli specializzandi in un’azienda sanitaria che non è inserita nella rete formativa della Scuola di specializzazione cui sono iscritti. “Grazie a questa norma – aggiunge – si potranno assumere gli specializzandi per tutta la durata residua del corso. Questa misura, insieme a quella già approvata che facilita le assunzioni di personale sanitario e sociosanitario con contratti flessibili, rappresenta una risposta concreta per il rafforzamento degli organici nella sanità pubblica”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

S
24

Di Pnrr/ Fnopi: bene emendamento sulle assunzioni ora superare i tetti di spesa

12/04/2024

“Esprimiamo soddisfazione per l'emendamento che rende più semplice l'assunzione del personale sanitario.

Abbiamo sempre sostenuto che il superamento dei tetti di spesa sia una delle misure necessarie per garantire la sostenibilità e l'universalità del Servizio sanitario nazionale”. Lo dichiara la presidente della Fnopi, Barbara Mangiacavalli, commentando

l'emendamento, a firma delle forze di maggioranza, al Decreto Pnrr, che supera il limite di spesa oggi vigente per assumere medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato o con contratti flessibili. “La professione infermieristica è quella che conta il più alto numero di contratti a tempo determinato – aggiunge Mangiacavalli -. Grazie a questo provvedimento sarà possibile andare incontro a un minor utilizzo di somministrazioni di lavoro atipiche, che non hanno prodotto alcun contenimento dei costi, e inoltre contribuire ad abbattere le liste d'attesa. Ringraziamo per questo il Ministero della Salute e i parlamentari firmatari dell'emendamento”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

S
24

DI Pnrr/ Ok commissione Bilancio Camera, lunedì in Aula con la norma che elimina il tetto sui medici a tempo

La commissione Bilancio della Camera ha concluso l'esame degli emendamenti al DI Pnrr assegnando il mandato ai relatori a riferire in Assemblea lunedì 15 aprile. L'avvio della discussione generale è fissato per le 10 e nel primo pomeriggio verrà posta, secondo quanto viene dato per certo, la questione di fiducia. Il via libera per il Senato è previsto il mercoledì successivo, in vista della termine per la conversione in legge fissato al primo maggio.

Tra le novità di rilievo per la Sanità approvate in commissione Bilancio, l'emendamento della Lega per "superare le limitazioni previste sul lavoro autonomo e le assunzioni a tempo determinato dei medici specializzandi per gli enti del Servizio sanitario nazionale. L'obiettivo è di contenere e superare il fenomeno dei cosiddetti medici 'gettonisti', seguendo la strada intrapresa dalla Regione del Veneto», come hanno sottolineato i deputati veneti della Lega Ingrid Bisa, Giorgia Andreuzza, Dimitri Coin ed Erik Pretto, primi firmatari.

Intanto plaude al provvedimento il presidente della Fnomceo Filippo Anelli: «Rappresenta un primo importante passo verso l'eliminazione, auspicata dal ministro della Salute Orazio Schillaci e sostenuta dal Governo, degli anacronistici tetti di spesa per le assunzioni di personale - dichiara -. Ora si dia finalmente il via a un piano che apporti al Servizio sanitario nazionale un incremento del capitale umano coerente con le esigenze di salute dei cittadini».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

OGGI SI APRONO LE URNE DELL'ENPAPI

Infermieri, le mani M5s sulla Cassa già segnata da investimenti azzardati Nel mirino pure titoli legati alla Ferragni. Scontro sul nuovo vertice

Felice Manti

■ È triste il destino degli eroi del Covid. Dimenticati dalla politica, richiestissimi all'estero, gli infermieri italiani sono alle prese con il rinnovo della loro cassa previdenziale, prima previsto dal 19 al 21 marzo, poi rinviato a oggi e fino al 15 aprile. L'Enpapi che deve garantire le pensioni agli infermieri è in crisi, come del resto altre casse minori (di ieri l'analisi sul settore di Osvaldo De Paolini), fiaccata da una gestione non sempre impeccabile, che ha visto investimenti non modesti della società Fenice srl nei titoli legati alla galassia di Chiara Ferragni, la cui credibilità come influencer e imprenditrice sono in picchiata a causa delle ben note vicende giudiziarie che la coinvolgono (da Balocco a Trudi).

Iniziano oggi le operazioni di voto - esclusivamente in modalità elettronica - per il rinnovo del vertice dell'ente, commissariato dal 2019 per le inchieste giudiziarie che hanno coinvolto la precedente gestione e presieduto dal 2020 da Luigi Baldini, nominato dal governo Pd-M5s. Nel mirino delle critiche di chi chiede a Mef e magistratura un nuovo commissariamento c'è proprio Baldini. La criticità della segretezza del voto e della sicurezza sistema - recentemente rinnovata,

esattamente il 25 marzo scorso - è già stata sottoposta alla magistratura: alcuni infermieri che si sono logati tramite Spid si sono trovati nell'area riservata di altre persone.

Ma non basta. Perché gli aventi diritto al voto sarebbero solo 46mila sui 96mila iscritti, come se il diritto venisse garantito solo alle «posizioni previdenziale contribuenti», non a tutte quelle presenti, allargando la platea anche agli assistenti sanitari con un computo considerato sproporzionato e fuori legge anche a causa della possibilità di esprimere un solo

voto, anziché più consensi come in precedenza. Anche il numero di delegati da eleggere è inferiore rispetto al previsto (117 anziché 139) e vengono posti paletti alla candidabilità attiva e passiva che di fatto fanno fuori tanti nomi scomodi per l'attuale vertice. Una serie di arbitrii su cui ha espresso le sue riserve il ministero del Lavoro, che avrebbe dovuto approvare le modifiche. Una parte dei rilievi è rimasta inascoltata.

Suscita dubbi anche la composizione della commissione elettorale, che non sarebbe affatto «terza» rispetto a Baldini. I maligni sostengono che a spuntarla dalle urne potrebbe essere l'ex parlamentare M5s Stefania Mammì, nuovamente vicina a Baldini dopo un forte litigio (qualcuno dice di aver sentito lei dire a Baldini «come ti ho messo lì, ti tolgo»).

Qualcuno salvi gli eroi del Covid dalle grinfie grilline.



SULLA GRATICOLA
Luigi Baldini



DATARO 

Medici di famiglia: quello che non va

di **Milena Gabanelli, Simona Ravizza**
e **Giovanni Viafora**

Nei prossimi 6 anni, su 37.860 medici di famiglia in servizio, 12.600 andranno in pensione. Uno su 3. Nello stesso periodo si stima che ne entreranno 10.714. Gli ingressi non copriranno le uscite, e già oggi un medico di base ha in carico 1.399 pazienti contro i 1.171 di dieci anni fa. Cosa andrebbe fatto per ridefinire ruolo e sistema. a pagina 31

Medici di famiglia Cosa deve cambiare

NEI PROSSIMI 6 ANNI ANDRÀ IN PENSIONE UN DOTTORE DI BASE SU 3
È L'OCCASIONE PER RIDEFINIRE IL RUOLO. MA I GIOVANI SCAPPANO
FORMAZIONE SCADENTE E REGOLE CHE NESSUNO VUOLE MODIFICARE

di **Milena Gabanelli, Simona Ravizza**
e **Giovanni Viafora**

Thomas Edison, uno dei più grandi inventori di tutti i tempi, diceva che il medico del futuro non darà medicine ma motiverà i suoi pazienti ad avere cura del proprio corpo e a prevenire le malattie. Un secolo dopo quel tipo di medico che ha il tempo di ascoltare i propri pazienti ancora non si è visto. Ai pazienti basterebbe riuscire ad avere almeno un'assistenza degna di questo nome dal proprio medico di medicina generale, che è il primo contatto quando hanno un problema di salute. Il sistema sanitario è messo a dura prova da finanziamenti insufficienti, con carenza di specialisti ospedalieri dove servono, e liste d'attesa che spingono i cittadini a pagare di tasca propria 4 visite e 2 esami diagnostici su 10. E chi non può permetterselo troppo spesso rinuncia a curarsi. In questo contesto la figura del medico di famiglia è un punto di riferimento imprescindibile, ma sono pochi, non valorizzati nel loro ruolo, e non adeguatamente formati per rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e con malattie croniche. La medicina di famiglia va ridisegnata, e oggi c'è l'occasione buona perché dopo 50 anni siamo di fronte al più grande ricambio generazionale.

Chi entra e chi esce

Nei prossimi 6 anni, su 37.860 medici di medicina generale (mmg) in servizio, 12.600 andranno in pensione. Cioè uno su 3. Nello stesso periodo la stima è che ne entreranno 10.714. Vuol dire che gli ingressi non copriranno le uscite, e già adesso ognuno ha in carico 1.399 pazienti contro i 1.171 di 10 anni fa. È il caso di cominciare a pensarci adesso per investire su una professione che è il primo filtro all'intasamento dei pronto soccorso, e che da anni è colpevolmente relegata alla serie B. Cosa fare? Vediamolo seguendoli nella loro carriera: da quando iniziano a studiare Medicina, a quando vanno a lavorare nel loro ambulatorio.

Professione senza appeal

Per prima cosa i giovani laureandi andrebbero invogliati a diventare medici di famiglia, cosa che oggi non succede: il 78% degli studenti in Medicina durante i 6 anni di università non ha l'opportunità di conosce-



re l'attività del dottore di medicina generale perché gli atenei non prevedono lezioni o tirocini mirati né la presenza degli mmg ai corsi. Una volta terminati gli studi universitari, vanno eliminate le differenze economiche tra chi frequenta il corso triennale di formazione per diventare medico di famiglia e chi una Scuola di specializzazione. Il corso per mmg, che non è universitario ma dipende dalle Regioni, è pagato con una borsa di studio di 11 mila euro l'anno, cioè 966 euro al mese, soggetti a Irpef, con contributi a carico di chi lo frequenta, e nessun assegno in caso di maternità. Ben diversa è la situazione degli specializzandi ospedalieri, che hanno una borsa di studio di 26 mila euro l'anno, contributi inclusi e senza Irpef. Già questo indica a monte la scarsa considerazione per il medico di base. La conseguenza è che i neolaureati in Medicina se hanno un'alternativa di solito la preferiscono: i numeri dimostrano che più aumenta il numero di posti nelle scuole di specializzazione, meno candidati ci sono al corso di formazione triennale per diventare medico di medicina generale. Se nel 2019 con 1.765 borse di studio c'erano 4 candidati per ogni posto disponibile, nel 2023 con 2.596 posti ben 10 Regioni (come Lombardia, Piemonte, Veneto e Toscana) non sono riuscite a coprire tutte le borse di studio.

Il corso di formazione

Cosa succede quando i giovani medici arrivano al corso triennale di formazione? Il

programma delle attività è regolato da norme di 18 anni fa (d.m. 7 marzo 2006) che nelle 1.600 ore di teoria non prevede informazioni aggiornate con i tempi: dal lavoro nelle Case di Comunità finanziate dal Pnrr, all'uso di apparecchiature per gli esami di primo livello (spirometri, Ecg, ecografi), ecc. Dal 2018 gli mmg in formazione possono lavorare in ambulatorio con propri pazienti, e dal 2020 per le 3.200 ore di formazione pratica vengono fatte valere le ore di lavoro in ambulatorio senza di fatto nessun tutor. È un paradosso perché nella sostanza è come ammettere che il corso serve a poco. La soluzione può essere quella di trasformare la formazione del medico di famiglia una vera e propria specialità, sull'esempio delle scuole di «Family medicine» europee. Questo, con ogni probabilità, alzerebbe il livello della professione rendendola più attrattiva per i laureati migliori, e verrebbe sottratta anche al controllo delle lobby dei potenti sindacati dei medici, che oggi gestiscono le scuole di formazione e hanno tutto l'interesse a mantenere lo status quo (vedi Dataroom del settembre 2022).

Le prestazioni offerte

Quando poi il medico di famiglia entra nel proprio ambulatorio deve essere messo in grado di offrire ai pazienti prestazioni in linea con i bisogni crescenti. Prendiamo come esempio un paziente con una patologia cronica cardiovascolare. Oggi va dal medico di famiglia che gli fa un'impegnativa per una visita cardiologica e un elettrocardiogramma. Il paziente deve quindi andare al Cup per fare la prenotazione, perdendo

tempo in lista d'attesa. Se invece il medico avesse un elettrocardiografo e fosse formato a usarlo, potrebbe monitorarlo direttamente e inviarlo dallo specialista solo in caso di criticità. Un paziente con sospetto di colica renale oggi viene visitato e il medico di famiglia può prescrivergli un antidolorifico e mandarlo a fare un'ecografia. Se invece avesse a disposizione un ecografo potrebbe valutare se c'è la presenza di un calcolo e avviare una terapia.

Il 28 gennaio 2020 sono stati stanziati 235 milioni di euro per fornire agli mmg gli strumenti per gli esami di primo livello, ma non è ancora è stato acquistato nulla. Pro-

tabilmente anche per la resistenza dei più anziani che sostengono di non saperli usare, mentre il 70% dei giovani medici ritiene importante potere eseguire questi esami.

Il rapporto con il servizio sanitario

Arriviamo infine alla domanda delle domande: in che rapporto devono essere i medici di famiglia con il servizio sanitario?

Da anni sono dei liberi professionisti convenzionati con il ssn, e la loro attività è regolata da un contratto firmato dai sindacati, ma una parte importante dei giovani chiede di diventare dipendente. Infatti c'è una levata di scudi mai vista prima contro il nuovo accordo collettivo nazionale dell'8 febbraio 2024. Il motivo è che in base alle nuove regole chi ha meno di 400 pazienti, dunque la stragrande maggioranza dei giovani medici di famiglia, è chiamato a mettere a disposizione dell'Asl 38 ore la settimana per fare la guardia medica o attività simili contro le 6 ore di chi ha 1.500 pazienti, cioè i più anziani. I giovani sono convinti che si troveranno con tutti gli svantaggi della libera professione (trovarsi un sostituto e pagarlo in caso di malattia o vacanza) e anche quelli della dipendenza (non hai più modo di gestire il tuo tempo perché sei obbligato a fare quello che dice l'Asl, con un tot di ore come guardia medica). A questo punto una parte di loro chiede di rendere la professione dipendente al 100%, con tutte le garanzie che ciò comporta (malattie e ferie coperte, ecc..).

La Fimmg che rappresenta il 62,8% dei dottori di famiglia iscritti a un sindacato è contraria, come non vede di buon occhio l'ingresso nelle Case di Comunità. Lo status quo consente agli mmg, di continuare a fare anche lavori fuori dagli ambulatori e quindi di guadagnare di più. I giovani invece sono la forza-lavoro che potrebbe andare a lavorarci, a patto che la politica sia in grado di coinvolgerli. Negli ultimi decenni questa



professione si è sfilacciata, l'assistenza sul territorio impoverita, la domanda è in crescita esponenziale, la tecnologia ha fatto passi avanti, per tutte queste ragioni l'approccio va modificato. E il momento è propizio, proprio perché siamo di fronte a un travaso generazionale.

Dataroom@corriere.it

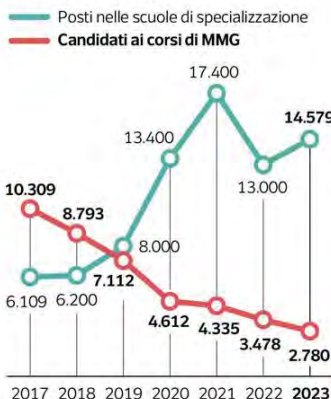
DATAROOM



Corriere.it

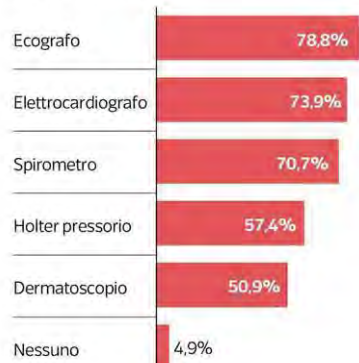
Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

Scuole di specializzazione e candidati MMG



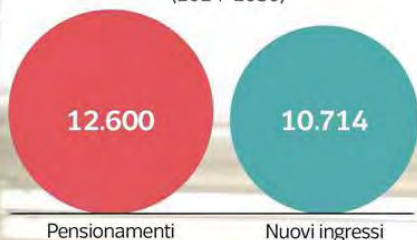
Fonte: Elaborazione Als di Massimo Minerva

Gli strumenti che i medici in formazione vorrebbero utilizzare (anche più risposte)



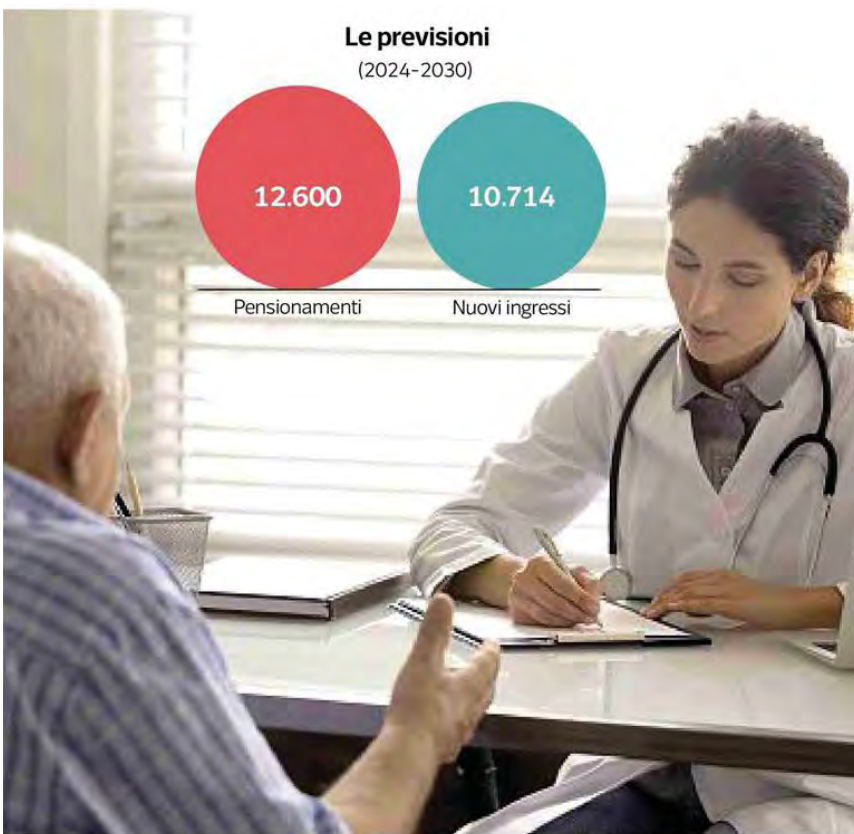
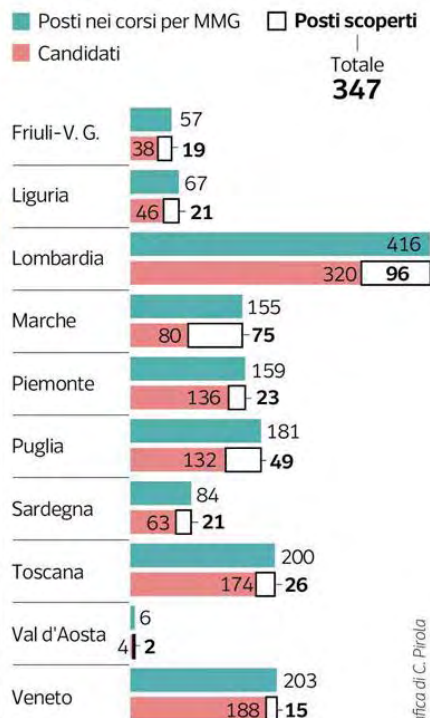
Fonte: Aprire Network, dicembre 2019- febbraio 2020, campione di 566 medici in formazione o appena formati

Le previsioni (2024-2030)



Posti e candidati

Le 10 Regioni in difficoltà (2023)



Fonte: 18° Rapporto Sanità Crea su dati Enpar, elaborazione Dataroom su dati Als di Massimo Minerva

Fonte: Als, Massimo Minerva e Zero Dalla Valle

Infografica di C. Pirola



12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Covid: 646 casi positivi e un tasso di positività fermo allo 0,5%

di Radiocor Plus

Nella settimana compresa tra il 4 e il 10 aprile 2024 si registrano 646 nuovi casi positivi di Covid-19, in crescita del 27,9% rispetto alla settimana precedente (505 casi) e 15 decessi (-28,6%, 21). Lo rileva il bollettino del ministero della Salute che registra anche 119.189 tamponi effettuati (+24,2%, 95.940) e un tasso di positività dello 0,5% che resta invariato rispetto alla settimana precedente. Il tasso di occupazione in area medica al 10 aprile è pari a 1,2% (727 ricoverati), rispetto a 1,2% (732 ricoverati) del 3 aprile mentre il tasso di occupazione in terapia intensiva è dello 0,2% (21 ricoverati), rispetto allo 0,2% (22 ricoverati) precedente.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Il modello Redditi 2024 Enc per le aziende del Ssn - Prima parte: obblighi, scadenze e redditi fondiari

di Roberto Caselli

In attesa del completamento della riforma fiscale, subordinata ai decreti che il Governo dovrà approvare in virtù della Legge delega 9 agosto 2023 n. 111 (GU n. 189 del 14 agosto 2023) si può prevedere che le nuove regole, con la redazione dei nuovi Testi Unici, non potranno entrare in vigore prima della Dichiarazione 2026 per l'esercizio

2025, considerando che l'art. 1 punto 6, concede, per tali decreti un termine di 24 mesi. Per le prospettive della riforma, tutt'altro che favorevoli per la sanità pubblica, rinviamo al servizio [“Nella legge delega per la riforma fiscale nessun miglioramento per la tassazione del reddito delle Aziende del Ssn”](#)

Avanti allora con le vecchie regole almeno per quest'anno e per il prossimo

Gli obblighi

Le Aziende del Ssn non sarebbero, come noto, obbligate a presentare la dichiarazione annuale dei redditi se svolgessero solo attività sanitarie (cioè quelle a contenuto strettamente assistenziale e sanitario rese alla persona), che, come noto, sono “decommercializzate” per effetto dell'art. 74, comma 2, lettera b) del Tuir 917/86.

L'obbligo della Dichiarazione dei redditi per queste aziende è determinato infatti dallo svolgimento, sia pure marginale, di attività che per la loro natura sono da considerare commerciali (anche se il più delle volte non producono utili, ma perdite, essendo i relativi ricavi per la maggior parte fissati o da tariffe regionali oppure da accordi sindacali, come i corrispettivi per la mensa aziendale) e dal possesso di redditi fondiari, di capitale e diversi.

Non esiste pertanto, nei fatti, alcuna Azienda del Ssn (ospedaliera o territoriale) che possa considerarsi esonerata dagli obblighi dichiarativi.

La cosiddetta “decommercializzazione” delle attività sanitarie non si può considerare un'agevolazione: tutt'altro. Essa comporta in realtà solo risvolti negativi, in particolare con la conseguente tassazione del reddito dei fabbricati strumentali, dalla quale le imprese private del settore sanitario sono esentate (come del resto tutte le imprese commerciali) nonostante che la loro proprietà non costituisca, per le aziende del Ssn, un indice di capacità contributiva, ma un trasferimento formale da parte degli enti locali, voluto dal Legislatore (nel 1992) per ragioni soprattutto organizzative; questa tassazione costituisce, nella maggioranza dei casi, la totalità dell'Ires.

Ricordiamo che l'elemento distintivo degli enti non commerciali (lettera c) dell'art. 73 del TUIR) è costituito dal fatto di non avere quale oggetto esclusivo o principale lo svolgimento di un'attività di natura commerciale, intendendo per tale l'attività che determina reddito d'impresa ai sensi dell'art. 55 del TUIR.

Come ribadito nelle istruzioni al modello di dichiarazione, nessun rilievo assume, ai fini



della qualificazione dell'ente non commerciale, la natura (pubblica o privata) del soggetto, la rilevanza sociale delle finalità perseguite, l'assenza del fine di lucro o la destinazione dei risultati di gestione.

La base imponibile Ires, determinata dalle disposizioni contenute nel Titolo II, Capo III del TUIR (artt. da 143 a 150), è formata dalla sommatoria dei "Redditi fondiari, di impresa, di capitale e diversi" (senza che la perdita di impresa sia compensabile con i redditi di altra natura), mentre sono esclusi i redditi esenti e quelli soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta od a imposta sostitutiva.

Scadenze dei versamenti e della trasmissione delle Dichiarazioni

Per le modalità dettagliate di trasmissione delle Dichiarazioni, per le scadenze delle stesse e dei versamenti delle imposte, si rinvia al fascicolo di istruzioni dell'Agenzia delle Entrate comune alle Società, agli Enti non commerciali ed alle società di persone denominato "Parte generale-istruzioni".

In sintesi le istruzioni che interessano le Aziende del Ssn sono le seguenti:

a) Per la dichiarazione di quest'anno le scadenze dei versamenti sono:

● 1 luglio (cadendo di domenica la scadenza ordinaria del 30 giugno) (oppure 31 luglio, in questo caso con la maggiorazione dello 0,4% per interessi): saldo 2023 e primo acconto 2024

● 30 novembre: secondo acconto 2024

b) La percentuale dell'acconto dell'Ires è fissata sempre nella misura del 100 per cento, di cui il quaranta per cento deve essere versato con la prima rata ed il sessanta per cento con la seconda.

c) Il termine di presentazione della dichiarazione dei redditi, obbligatoria in via telematica, è stato anticipato al 30 settembre dal Decreto adempimenti n.1/2024, ma con decorrenza dalla Dichiarazione ENC 2025; solo per la Dichiarazione ENC 2024, in base all'art. 38, comma 1, del D.L. 12 febbraio 2024, n. 13, il termine scade il 15 ottobre p.v.; la trasmissione può iniziare dal 15 aprile e può avvenire direttamente da parte dell'ente o tramite intermediario abilitato.

d) Le dichiarazioni presentate entro novanta giorni dalla scadenza del termine sono considerate valide, salva l'applicazione delle sanzioni previste dalla legge. Quelle presentate, invece, con ritardo superiore a novanta giorni si considerano omesse, ma costituiscono titolo per la riscossione dell'imposta che ne risulti dovuta.

Le altre istruzioni si trovano nel fascicolo "Istruzioni di compilazioni Enc", che non presenta novità di rilievo rispetto all'esercizio precedente.

In particolare occorre ricordare che:

a) Qualora un'azienda intenda, prima della scadenza del termine di trasmissione, rettificare od integrare una dichiarazione già presentata, può compilare e trasmettere una nuova dichiarazione, completa di tutte le sue parti, barrando la casella "Correttiva nei termini"

L'aliquota, in vigore dall'esercizio 2017, è del 24%, ridotta esplicitamente al 50% per le Aziende ospedaliere e per gli Irccs; controversa invece la riduzione, come verrà precisato più avanti, per le aziende sanitarie locali.

Come noto la riduzione al 50% prevista dal Dpr 601/73, la cui abrogazione, disposta dal comma 51 dell'art. 1 della Legge di stabilità 2019 con effetto dal 1 Gennaio 2019, (L. 30 dicembre 2018, N. 145), ma sospesa con il comma 52 che rinvia l'applicazione a decorrere dal periodo di imposta di prima applicazione del regime agevolativo di cui al successivo comma 52 bis (vedi in proposito l'articolo [L'abrogazione della "tassa sulla bontà" ancora sospesa](#)).

Quest'ultimo comma prevede che "con successivi provvedimenti legislativi saranno individuate misure di favore, compatibili con il diritto dell'Unione Europea, nei confronti dei soggetti che svolgono con modalità non commerciali attività che realizzano finalità sociali nel rispetto dei principi di solidarietà e sussidiarietà. Sarà assicurato il necessario coordinamento con le disposizioni di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore)".

Ci auguriamo che la riforma fiscale in corso di attuazione, che verrà varata dal Governo, di cui non si conoscono ancora le linee basilari del trattamento degli enti non

commerciali in generale e delle Aziende del Ssn in particolare, tenga conto non solo del problema dell'aliquota agevolata, equiparando tutti i soggetti che compongono il quadro operativo del SSN, ma si ponga finalmente l'obiettivo di una completa rivisitazione del trattamento fiscale, cominciando proprio dall'Imposta sui redditi (e magari dal nome, perché l'abbinamento alle società di capitali è proprio infelice, visto che gli enti non commerciali non hanno i benefici riconosciuti alle prime in materia di tassazione dei fabbricati strumentali, esclusa solo per le imprese private).

La compilazione della Dichiarazione

Vediamo ora , per ogni singola categoria di reddito , quali sono i casi tipici o controversi delle Aziende del Ssn.

Redditi fondiari

Sono redditi fondiari quelli inerenti ai terreni ed ai fabbricati che sono o devono essere iscritti, con attribuzione di rendita, nel catasto dei terreni o nel catasto edilizio urbano; si distinguono in redditi dominicali dei terreni, redditi agrari e redditi dei fabbricati (art. 25 del Tuir 917/86)

Redditi dei terreni- Quadro RA

Anche quest'anno redditi dominicali ed agrari risultanti dall'applicazione delle tariffe d'estimo vanno rivalutati, rispettivamente, dell'80 % e del 70 %. I redditi dominicali e agrari vanno ulteriormente rivalutati del 30 % (art. 1, comma 512, della legge n. 228 del 2012, come modificato dall'art. 1, comma 909, della legge 28 dicembre 2015, n. 208). Gli importi vanno indicati nelle colonne 1 e 3 del quadro RA senza alcuna rivalutazione, che verrà effettuata nella fase di determinazione della base imponibile

Non concorrono alla formazione del reddito ai fini IRES i terreni che costituiscono pertinenze di fabbricati urbani (purché non abbiano prodotto alcun reddito), né quelli utilizzati quali beni strumentali nell'esercizio di specifiche attività commerciali (un esempio è costituito da locali adibiti esclusivamente al servizio mensa ai dipendenti) né quelli locati nell'ambito di un'attività di natura commerciale, cosa che richiede la contabilità separata.

I terreni concessi in affitto per usi non agricoli devono essere dichiarati nel quadro RL, a meno che non rientrino nella sfera commerciale dell'azienda.

Redditi dei fabbricati –Quadro RB

Non devono essere dichiarate le unità immobiliari, per le quali sono state rilasciate licenze, concessioni od autorizzazioni per restauro, risanamento conservativo o ristrutturazione edilizia, limitatamente al periodo di validità del provvedimento, durante il quale le unità immobiliari non possono essere comunque utilizzate.

Se nel corso del periodo d'imposta si sono verificate situazioni diverse per uno stesso fabbricato (variazioni di quote di possesso, utilizzo, inagibilità del fabbricato per parte dell'anno, ecc.) occorre compilare un rigo per ogni singola situazione indicando nella colonna 3 il relativo periodo. In questo caso occorre barrare la casella di colonna 9 per indicare che si tratta dello stesso fabbricato del rigo precedente.

Nella colonna 1 del quadro va indicata la rendita catastale senza la prevista rivalutazione del 5 per cento. La rivalutazione della rendita sarà effettuata nella fase di determinazione della base imponibile. Per i fabbricati non censiti o con rendita non più adeguata, va indicata la rendita catastale presunta.

Nel caso di immobile di interesse storico e/o artistico, riconosciuto a tutti i contribuenti in base al decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42, la rendita catastale va indicata nella misura ridotta del 50 % (in tale caso deve essere barrata la colonna 5). Nel caso delle Aziende del Ssn, in quanto enti pubblici, il beneficio scatta, a parere di chi scrive, automaticamente, in virtù' del D.Lgs 42/2004 "Codice dei beni culturali e del paesaggio", che all'art. 10 comma 1 definisce i beni culturali oggetto di tutela, indicando tra questi " le cose immobili e mobili appartenenti allo Stato, alle regioni, agli altri enti pubblici territoriali, nonché ad ogni altro ente e istituto pubblico..., che presentano interesse artistico, storico, archeologico o etnoantropologico.

Questa possibilità di una minore tassazione viene spesso ignorata, nonostante che nel nostro Paese gli edifici ospedalieri che hanno caratteristiche tali da essere riconosciuti in tale categoria sono moltissimi. Occorre in ogni caso, per questi lavori, il riconoscimento

della Soprintendenza competente per territorio.

Ricordiamo che nel caso che immobili di questo tipo siano locati il canone va indicato per una quota del 65% (D.Lgs. 22 gennaio 2004, n. 42)

Ricordiamo anche che non sono imponibili gli immobili completamente adibiti a sedi aperte al pubblico di musei, biblioteche, archivi ecc. (ipotesi frequente in ospedali storici), quando all'azienda non deriva alcun reddito dalla sua utilizzazione. Questa circostanza deve essere denunciata all'Agenzia delle entrate, entro tre mesi dalla data in cui ha avuto inizio. Non sono imponibili neanche le unità immobiliari destinate esclusivamente all'esercizio del culto, naturalmente se sono classificate al Catasto separatamente.

I fabbricati strumentali per le attività sanitarie

Non si registrano novità, rispetto al passato, in merito alla tassazione dei fabbricati strumentali per le attività sanitarie, a proposito della quale abbiamo più volte criticato, sulle pagine di Sole 24 ore Sanità, la posizione dell'amministrazione finanziaria (espressa con la Risoluzione n. 244/E/ 1999) e della stessa Corte di Cassazione, che dopo numerose sentenze di Commissioni tributarie, anche di secondo grado, favorevoli alle aziende, ha accolto la tesi dell'Agenzia delle Entrate (sentenze n. 28176 del 2008, 17089 del 2009, 9875 e 12773 del 2011, 288 del 2012), che prevede appunto la loro tassazione, senza tener conto che la proprietà degli immobili non costituisce un indice di capacità contributiva.

Per approfondimenti su questa imposizione rinviamo al servizio [“Non più rinviabile l'abolizione dell'imposta sui fabbricati ospedalieri”](#)

È consigliabile, anche nel caso che non si dovesse condividere l'interpretazione dell'amministrazione finanziaria e della stessa Cassazione, un atteggiamento prudente, pagando l'imposta, dopo aver indicato gli immobili nel quadro RB e chiedendo poi il rimborso entro 48 mesi, coltivando però il contenzioso presso le Commissioni tributarie di primo e di secondo grado, fidando in un futuro diverso atteggiamento della Corte stessa, che sarebbe auspicabile tenendo conto della volontà manifestata implicitamente dal Legislatore, in occasione dell'aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, di agevolare il trasferimento del patrimonio immobiliare dagli enti locali alle nuove aziende sanitarie e ospedaliere e la relativa gestione.

Purtroppo la riforma fiscale in corso di approvazione non fa sperare nel superamento della evidente, iniqua disparità fra la sanità privata (che usufruisce dell'esenzione) e quella pubblica.

L'inquadramento dei proventi per la locazione di immobili

I canoni di locazione di immobili sono imputabili al “Reddito di Fabbricati” - quadro RB - sia che riguardino unità abitative, sia immobili utilizzati dai locatari per attività commerciali, quali uffici, negozi, ecc., purché siano prodotti da unità immobiliari autonomamente censite; in caso contrario, come ad esempio quelli conseguiti dalla locazione di lastrici solari, rientrano nei “Redditi diversi”; questa è la posizione consolidata dell'Amministrazione finanziaria, con riferimento agli enti non commerciali, espressa in particolare con la Circolare n. 32/430213 del 1991.

Ricordiamo però che una sentenza della Corte di Giustizia depositata il 4 Giugno 2009 va contro questa posizione; interpretando la Sesta direttiva IVA - Art.4, n.5, secondo e quarto comma - relativa alla facoltà riconosciuta agli Stati membri di considerare come attività di pubblica autorità le attività degli organismi di diritto pubblico esentate a norma degli artt. 13 e 28 della direttiva stessa, afferma infatti che: “L'art. 4, n. 5, secondo comma, della sesta direttiva 77/388 deve essere interpretato nel senso che gli organismi di diritto pubblico devono essere considerati come soggetti passivi per le attività o le operazioni che esercitano in quanto pubbliche autorità, non solo quando il loro non assoggettamento, a norma del primo o del quarto comma di tale disposizione, provocherebbe distorsioni di concorrenza di una certa importanza a danno di loro concorrenti privati, ma anche quando esso provocherebbe siffatte distorsioni a loro stesso danno”. La sentenza della Corte di Giustizia UE, pur riguardando l'Iva, sembra legittimare l'imputazione dei canoni percepiti per la locazione degli immobili utilizzati da terzi per attività commerciali (ed in particolare per quelli all'interno dei complessi

ospedalieri), al reddito di impresa anziché ai redditi fabbricati o diversi, con il vantaggio, nel caso che l'attività di impresa chiuda ugualmente in perdita, di non avere alcun onere per l'Ires. Sulla stessa linea si pone peraltro la stessa Agenzia delle Entrate con la Risoluzione n. 286/e dell'11 Ottobre 2007 (con la quale non escludeva che un ente non commerciale possa gestire un immobile nell'ambito della sfera commerciale), chiarendo che..” l'attività è organizzata in forma d'impresa quando implica la predisposizione di un'apposita organizzazione di mezzi e risorse funzionali all'ottenimento di un risultato economico ovvero l'impiego e il coordinamento del capitale per fini produttivi nell'ambito di un'operazione di rilevante entità economica...” e successivamente con la Risoluzione n. 169/e del 2009, con la quale chiarisce che “... un ente non commerciale assume la qualifica di “soggetto passivo”, agli effetti dell'Iva, se pone in essere un'attività commerciale, ai sensi del citato primo comma dell'articolo 4 del D.P.R. n. 633 del 1972, caratterizzata in particolare dai connotati della professionalità, organizzazione, sistematicità e abitualità...”.

Ricordiamo infine che, per gli immobili locati imputati alla sfera patrimoniale le spese per la manutenzione ordinaria saranno detraibili –nel quadro RB- colonna 7 - solo se documentate e fino al limite massimo del 15% dei redditi lordi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FAMIGLIA La premier: «Un figlio non è un diritto da garantire con ogni mezzo»

Natalità, il “no” di Meloni alla maternità surrogata

La premier, al convegno del ministero della Famiglia, espone i due caposaldi della sua linea: lotta ai «cattivi maestri che per troppo tempo hanno presentato il non aver figli come sinonimo di libertà» e alla «pratica disumana» dell'utero in affitto, perché i figli «non sono un prodotto da banco». La ministra Roccella: un grande incentivo può arrivare dall'Ue. Il messaggio di Mattarella: sostegno alle giovani generazioni.

Marcelli e un intervento di Bassi a pag. 6

Natalità, il programma di Meloni parte dalla lotta ai «cattivi maestri» e alla Gpa

MATTEO MARCELLI
Roma

Non solo «una priorità assoluta di questo governo», ma un impegno concreto a tutela delle future generazioni, perché «qualsiasi politico serio non può governare la sua nazione se non si pone il problema di cosa sta lasciando dopo di sé». Giorgia Meloni rilancia ancora una volta il modello di contrasto alla denatalità su cui intende costruire le politiche sociali dell'esecutivo, invertendo la «narrazione dominante» che ha ridotto «la genitorialità a una scelta non conveniente». Lo fa nel corso del convegno (*Per un'Europa Giovane*), organizzato ieri al Tempio di Adriano a Roma dalla ministra Eugenia Roccella, non a caso - fa notare la stessa premier - titolare di un dicastero per la prima volta dedicato anche alla natalità. Apre i lavori i lavori un videomessaggio di Sergio Mattarella, il capo dello Stato, per il quale «il futuro del Paese si misura sulla capacità di dare risposte alle giovani generazioni». Ma l'occasione è pensata anche per coinvolgere le istituzioni europee (rappresentate dalla vicepresidente della Commissione Ue, Dubravka Suica, e dalla commissaria per l'Uguaglianza, Hele-

na Dalli), e approfondire la materia con l'ex presidente dell'Istat, Gian Carlo Biangiardo. Anche il ministro degli Esteri, Antonio Tajani, interviene in video. La premessa è nella consapevolezza che «senza figli il nostro futuro semplicemente non esiste» e se non lo si «mette in sicurezza», non ha senso neanche «gestire il presente». È proprio questa convinzione ad aver spinto il governo a destinare una buona parte delle «poche risorse a disposizione» all'incentivo alla natalità, con un investimento diretto pari a «2,5 miliardi in un anno e mezzo» e «un totale di benefici netti per le famiglie italiane di oltre 16 miliardi solo nel 2024». Le misure, però, non bastano se non accompagnate da un cambio di passo culturale, perché «per troppo tempo la denatalità è stata presentata da cattivi maestri come sinonimo di libertà», continua Meloni, raccontando alle donne che «un figlio avrebbe compromesso la loro carriera, i loro sogni, addirittura la loro bellezza, togliendo loro più di quanto gli avrebbe dato». Senza contare «la follia degli ultimi tempi» che fa persino «del mettere al mondo un figlio un atto contro l'ambiente». Insomma, «la decrescita non è mai felici

se applicata alla demografia», ma «il declino non è un destino, si può invertire la tendenza» e il messaggio della premier alle future madri è chiaro: la carriera e la maternità «non devono essere scelte incompatibili». Ma questo «non significa cancellare le differenze, piuttosto consentire di realizzarsi nella specificità del rapporto padre-madre». Anche perché «un figlio non è un diritto da garantire con qualunque mezzo», né «un prodotto da banco in un mercato» e per questo la pratica dell'utero in affitto è «disumana» e sarà presto «reato universale». A puntare sull'Europa per affrontare un tema «per troppo tempo sottovalutato», è anche Roccella, convinta che «un grande incentivo per l'investimento nelle politiche per la natalità potrebbe arrivare dall'Ue». Forse già dal «prossimo quinquennio», in cui «l'Italia intende portare il tema come una priorità nel nuovo Parlamento». Del resto, come per l'ambiente, «anche l'investimento nella transizione demografica passa attraverso l'audacia e il senso di futuro dell'Europa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



De Palo: è l'ora delle riforme Pro Vita: aiutare a non abortire

È il momento delle riforme strutturali. A sostenerlo il presidente della Fondazione per la natalità Gigi de Palo, in riferimento ai temi del convegno "Per un'Europa giovane. Transizione demografica, ambiente, futuro". «Accogliamo con piacere la presa di coscienza del governo e ben venga questa indicazione molto netta sul fatto che la natalità rappresenti la priorità di questo Paese», aggiunge Gigi De Palo, spiegando che «dobbiamo essere

in grado di non considerare il tema solamente un aspetto culturale, poiché le implicazioni economiche sono evidenti, basti considerare che la nascita di un figlio rappresenta la seconda causa di povertà in Italia». È invece giunto il momento - prosegue - «delle riforme strutturali». Il 9 e il 10 maggio, ricorda infine De Palo, su questi temi, ci si confronterà agli Stati Generali della Natalità, ragionando «sulle azioni concrete che bisogna mettere in campo». Plaude alle

parole del governo anche Pro Vita, per cui «non è vero che gli italiani non fanno più figli: li fanno, ma poi li abortiscono. Non possiamo più fingere che l'aborto non abbia un ruolo determinante nelle cause della nostra drammatica crisi demografica». Inoltre, prosegue il presidente Antonio Brandi, «auspichiamo che il Senato acceleri l'iter in corso» sull'utero in affitto come reato universale.



I gemelli con fegato e rene nuovi «Il nostro primo gelato a 16 anni»

Il doppio trapianto contro una malattia rara. «È stato come rinascere»

di **Clarida Salvatori**

«È stato come rinascere. Adesso ci sentiamo diversi. Altre persone». La vita di Vincenzo e Cosimo, gemelli 16enni originari della Puglia affetti da una rara malattia metabolica, l'acidemia metilmalonica, è cambiata dopo che lo scorso anno sono stati sottoposti a un doppio trapianto di fegato e rene all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. In meglio. «La loro patologia si è manifestata subito, quando avevano pochi mesi», racconta mamma Grazia. E da allora è stato tutto in salita. «Il loro regime alimentare è sempre stato molto rigido: dovevano mangiare una specifica quantità di proteine. Dovevo pesare tutto. E poi dovevano assumere diversi farmaci a intervalli regolari di tempo, ogni 3 ore anche di notte». Il che voleva dire mettere la sveglia, alzarsi, svegliare i bambini, fargli prendere la medicina, anche all'1 e poi alle 4. «Stesso discorso a scuola. Fino alla

quarta elementare non hanno potuto frequentare. Poi dovevo andare io, farli uscire dalla classe a mezzogiorno per somministrarla. Altrimenti rischiavano l'acidosi».

Una quotidianità scandita dai medicinali. «Tutto il resto, che si trattasse di una cena fuori con gli amici o di una vacanza, era pressoché impossibile. Ci privavamo di tutto — ricorda ancora Grazia —. Tanto più che in estate potevano disidratarsi all'improvviso». I primi anni di vita di Vincenzo e Cosimo sono stati forse i più difficili. «Erano i primi figli, eravamo inesperti. E purtroppo, di fronte alle difficoltà, mio marito Onofrio venne licenziato. Solo più tardi, grazie a un'assistente sociale del Comune, ha trovato un lavoro come operatore ecologico».

Qualche anno più tardi nasce anche Melissa, una sorellina che ha presto capito le esigenze dei suoi fratelli e che si è sempre data un gran da fare per loro. Ma la routine si incrina all'improvviso, a marzo dello scorso anno, quando le condizioni di entrambi si aggravano. «La loro situazione stava peggiorando e ri-

schiarono la dialisi. Avevo perso le speranze — prosegue Grazia —. Ma poi, nel giro di una settimana, è avvenuto un miracolo: cioè riceviamo la chiamata perché c'era un donatore compatibile». I gemelli hanno avuto reazioni diverse: «Vincenzo voleva fare il trapianto per stare bene, Cosimo invece era tanto impaurito. E ancora oggi è così: il primo mangia tutto senza paura, il secondo ancora mi guarda e chiede il permesso. Qualche settimana fa hanno assaggiato il loro primo gelato». Non è stato un percorso semplice ma Grazia rifarebbe tutto. «All'inizio ero titubante, ma oggi posso solo dire grazie ai medici che li hanno seguiti e alla generosità di chi ha donato gli organi».

«Il trapianto simultaneo nei gemelli, da un unico donatore deceduto — spiega Marco Spada, responsabile del programma di Trapianto di fegato del Bambino Gesù —, è stato possibile grazie all'applicazione di una complessa tecnica di divisione del fegato». «Fino a pochi anni fa — aggiunge Carlo Dionisi Vici, responsabile di Malattie

metaboliche ed epatologia dell'ospedale pediatrico romano — le uniche cure disponibili per questa malattia erano basate su un regime alimentare molto restrittivo a basso contenuto di proteine, che andava mantenuto per tutta la vita». Ma, nonostante la dieta, i pazienti avevano un elevato rischio di crisi di scompenso metabolico e di gravi complicanze. «E una risposta — conclude Dionisi Vici — è arrivata dal trapianto d'organo».

La vicenda

● I due gemelli sono affetti dalla nascita dalla patologia metabolica «acidemia metilmalonica» che li espone al rischio di dialisi

● A marzo dello scorso anno le loro condizioni si sono aggravate ma grazie a un donatore è stato possibile un trapianto simultaneo di rene e fegato



In ospedale

Vincenzo e Cosimo, con la mamma Grazia, insieme a Marco Spada, a sinistra, e Carlo Dionisi Vici, medici del Bambino Gesù



12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Gemelli: scoperta l'impronta digitale molecolare delle lesioni pre-tumorali del pancreas

I Tumori Mucinosi Papillari Intraduttali (IPMN) del pancreas sono una delle tante neoplasie che interessano questo organo. La loro peculiarità è che rappresentano un vero rompicapo per i clinici perché è difficile inquadrarle come forme benigne o maligne. La stratificazione del rischio infatti si è avvalsa finora solo di fattori clinici e radiologici perché non si dispone di un biomarcatore di malignità. Questo crea incertezze di classificazione, che si ripercuotono sulla scelta di avviare o meno il paziente verso un trattamento chirurgico demolitivo o continuare la sorveglianza. Uno studio appena pubblicato su Nature Communications dal gruppo di ricerca del professor Giampaolo Tortora, ordinario di Oncologia medica all'Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore del Comprehensive Cancer Center del Policlinico Gemelli, viene a colmare in parte questo gap di conoscenza. I ricercatori hanno infatti individuato dei biomarcatori tissutali specifici, una sorta di impronta digitale molecolare, che consente di distinguere con certezza le forme benigne da quelle ad alto grado di malignità o ad alto rischio di trasformazione maligna. Per arrivare a questi risultati, i ricercatori di Università Cattolica - Gemelli hanno esaminato una quantità incredibile di dati su pezzi operatori di pazienti trattati al Gemelli nel corso degli ultimi dieci anni, avvalendosi di analisi omiche e in particolare di sofisticate tecnologie di trascrittomiche e proteomiche spaziali. Il loro lavoro ha così consentito di individuare sul tessuto tumorale le 'firme molecolari' che indicano una displasia di basso grado (HOXB3 e ZNF117), quelle dei casi 'borderline' (SPDEF) e infine i marcatori di displasia di alto grado, cioè delle forme sicuramente maligne (NKX6-2). Questo lavoro non solo fornisce un importante nuovo strumento diagnostico per differenziare le lesioni pancreatiche pre-tumorali benigne da quelle maligne, ma getta luce anche sul ruolo dell'attivazione di alcuni geni (TNFalfa e MYC) nella progressione degli IPMN da una forma benigna a una maligna (adenocarcinoma pancreatico duttale, o PDAC). La ricerca appena pubblicata è stata supportata da un grant della Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro ("Luigi Bonatti e Anna Maria Bonatti Rocca"), assegnata al progetto del dottor Carmine Carbone, team leader dello studio e ricercatore di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS.

Cosa sono gli IPMN. Le neoplasie mucinose papillari intraduttali pancreatiche sono lesioni cistiche che si sviluppano all'interno dei dotti pancreatici e che contengono al loro interno dei 'tralci' di tessuto (proiezioni papillari) rivestiti di epitelio mucoso. La frequenza di queste cisti dal comportamento incerto, che si scoprono per caso in occasione di una TAC o una RMN fatta per altro motivo, è in aumento e cresce con l'avanzare dell'età. Una recente metanalisi della Mayo Clinic (Usa) rivela che gli IPMN vengono scoperti per caso nell'11% circa degli over 50 sottoposti a TAC addominale.



Mancano però dati certi di prevalenza e incidenza. “Una necessità assoluta è dunque quella di creare un registro italiano degli IPMN – sostiene il professor Tortora - perché siamo certi che il loro numero sia ampiamente sottostimato”. Questi tumori originano dai dotti pancreatici e sono considerati precursori dell’adenocarcinoma duttale pancreatico (PDAC), una neoplasia estremamente aggressiva per la quale si dispone di limitate opzioni terapeutiche. Ma con le conoscenze attuali non è possibile prevedere l’andamento della loro storia naturale e individuare dunque con certezza quelli a maggior rischio di trasformazione maligna. Le forme considerate ad alto rischio (sulla base del quadro TAC) vengono sottoposte subito a intervento chirurgico, mentre quelle a basso rischio, a sorveglianza (cioè a RMN ogni 6 mesi). “Finora dunque – spiega il professor Tortora - la stratificazione del rischio degli IPMN viene fatto solo in base alle caratteristiche cliniche (ad alto rischio sono soprattutto gli IPMN che si sviluppano nei dotti principali) e radiologiche (TAC, RMN), mentre non si disponeva di criteri che tenessero conto della loro biologia. Questo fa sì che fino al 10% degli IPMN considerati a ‘basso rischio’ – ammette il professor Tortora - sfugga a una corretta valutazione e, nel tempo, possa dar luogo a un tumore aggressivo”. La ricerca condotta presso l’Università Cattolica e il Policlinico Gemelli - dà invece un importante contributo all’individuazione delle lesioni ad alto potenziale di trasformazione maligna. “E si tratta di un’indicazione importante – sottolinea il professor Tortora - perché se è fondamentale individuare le lesioni ad alto rischio di trasformazione maligna, altrettanto determinante è definire le caratteristiche di ‘benignità’, per evitare ai pazienti un intervento chirurgico inutile, molto invasivo e non privo di rischi”.

Come si gestisce un paziente con IPMN. Una volta fatta diagnosi di IPMN il paziente viene sottoposto a un controllo con RMN ogni 6 mesi per tenere sotto controllo la lesione e sottoporla a biopsia se cambia aspetto. “Non avevamo finora alcun parametro, al di là di quelli morfologici (radiologici) – ricorda il professor Tortora - che ci potesse aiutare a capire in ragionevole anticipo quale potesse essere l’evoluzione di una lesione per orientare l’iter terapeutico verso un comportamento attendista o andare subito all’intervento chirurgico demolitivo (non esiste infatti un intervento solo ‘riduttivo’ dell’IPMN)”.

Una diagnosi di precisione. “Con un paziente e minuzioso studio di trascrittomico e proteomica spaziale effettuato su tessuto (cioè sul pezzo operatorio) - ricorda il dottor Carmine Carbone (team leader dello studio e ricercatore di Fondazione Policlinico Gemelli e corresponding author del lavoro, insieme al primo autore dello studio, il dottor Antonio Agostini, ricercatore di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS) - abbiamo analizzato a una a una le cellule che compongono gli IPMN per studiarne l’RNA e le proteine corrispondenti, rispettando la citoarchitettura del tessuto. In questo modo, è stato possibile evidenziare che le forme a minore o a maggior rischio di trasformazione maligna si differenziano per l’espressione di alcuni geni e proteine; in particolare, l’espressione del gene NKX6-2, conferisce un aumentato rischio di differenziazione maligna; al contrario, l’espressione dei geni HOXB3 e ZNF117 indica una displasia di basso grado, quindi una condizione di benignità. Il prossimo step consisterà nella ricerca di un biomarcatore prognostico di trasformazione tumorale nel sangue”. “Al momento – afferma il professor Tortora - l’unico marker tumorale associato al cancro del pancreas è il CA 19-9, ma il fatto di trovarlo alto indica già la presenza di un adenocarcinoma pancreatico”.

Le vie del cancro e le prospettive terapeutiche. Lo studio pubblicato su Nature Communications ha evidenziato anche che il TNFalfa e il MYC sono le ‘vie’ molecolari attraverso le quali viaggia la trasformazione di una lesione pre-cancerosa, in una francamente tumorale. “In futuro quindi – prosegue il dottor Carbone - potremmo ipotizzare la messa a punto di trattamenti in grado di bloccare queste ‘vie’ (un anti-MYC è già allo studio). Ma c’è di più. Con la teranostica si potrebbe provare a coniugare un anticorpo mirato contro l’NKX6-2 con un radiofarmaco per andare a colpire con precisione, sfruttando il ‘nucleare buono’ le cellule tumorali che esprimono questo gene, indice di malignità”.

Una task force italiana contro i tumori del pancreas. È di qualche giorno fa la notizia della creazione di una cabina di regia per i tumori del pancreas, presso il Ministero della Salute, che mira a favorire la creazione di una rete di Centri Pancreas Unit, per migliorare la diagnosi e il trattamento dei tumori del pancreas. I Gruppi di Lavoro, coordinati dal professor Sergio Alfieri (ordinario di Chirurgia Generale all'Università Cattolica del Sacro Cuore, direttore del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e Direttore Clinico Scientifico dell'Ospedale Isola Tiberina-Gemelli Isola) raggruppano i maggiori esperti di tumori del pancreas di tutta Itali; tra questi, il professor Giampaolo Tortora, che ha firmato insieme ai suoi collaboratori questa importante pubblicazione su Nature Communications.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE

DIAGNOSI 4.0

«L'ITALIA CANDIDATA PER LA RICERCA»

Ge HealthCare, leader nel campo delle apparecchiature per esami radiologici di ultima generazione, è presente in 200 ospedali

E potrebbe considerare il nostro Paese per ampliare i suoi centri di sviluppo. «L'AI è un prezioso alleato, ma non sostituirà i medici», dice Antonio Spera, a capo della divisione Mediterranea del gruppo

di **MARGHERITA DE BAC**

Ha festeggiato il suo primo compleanno GE HealthCare, azienda «in fasce» per età eppure già leader a livello mondiale nel campo della tecnologia medica, della diagnostica farmaceutica e delle soluzioni digitali, guidata da Antonio Spera, lucano adottato da Milano, ingegnere biomedico, dal 2018 presidente e amministratore delegato per Italia, Malta e Israele. Il quartier generale è a Chicago, i centri di sviluppo e ricerca sono in Cina, India e Israele. E chissà che non sia in arrivo qualcosa per l'Italia. A inizio 2023 GE HealthCare si è staccata come spin-off da General Electric e ha conquistato la piena indipendenza, quotata al Nasdaq, il cuore che batte per la sanità. Il fatturato del 2023 ha toccato i 19,6 miliardi. Oltre 4 milioni i dispositivi installati, circa 35mila in Italia dove operano 600 professionisti, sede centrale a Milano.

Racconti che cosa fate...

«Ci muoviamo nel settore delle tecnologie semi-complesse o poco complesse, come i tapis roulant per i test cardiaci sotto sforzo o gli elettrocardiografi. E poi in quello della radiologia, offrendo apparecchi sempre più sofisticati. Pensiamo ai mammografi la cui pressione sul seno viene controllata dalla donna attraverso un pulsante da lei stessa azionato, in modo

da darle tranquillità. O a macchinari di risonanza magnetica per il ginocchio a misura di paziente: la bobina che fascia la parte da esaminare è morbida e il senso di ingabbiamento è stemperato».

Un vostro cavallo di battaglia è la farmacodiagnostica, di cosa si tratta?

«Farmaci utilizzati per arrivare a diagnosi sempre più dettagliate, in una parola i traccianti, i radiofarmaci. Siamo stati i primi a mettere a punto una sostanza da utilizzare nella PET per la comprensione dell'Alzheimer. Abbiamo acquisito inoltre un farmaco unico nel suo genere per aiutare a predire il tumore metastatico alla mammella»

La risonanza magnetica è uno degli apparecchi più utilizzati in radiologia. La sua azienda ne ha potenziato

l'efficienza con l'applicazione dell'intelligenza artificiale.

«Gli algoritmi dimezzano i tempi di esecuzione dell'accertamento, garantendone la stessa qualità. C'è attenzione alla comodità del paziente e alla rapidità dell'esame».

Procedendo di questo passo si potrebbe arrivare alla sostituzione della figura del radiologo. Ipotesi concreta?

«No, il medico non potrà mai essere sostituito, serviranno sempre l'occhio umano per leggere immagini e la pre-

parazione dello specialista per redigere referti. L'intelligenza artificiale sarà però un grande alleato grazie a un app di ausilio alla refertazione automatica che ne accorcerà i tempi».

La madre di tutte le innovazioni è la teranostica, nata in Israele. ...

«Il termine si riferisce alla combinazione di terapia e diagnostica e indica l'integrazione di farmaci e diagnosi per facilitare la messa a punto di trattamenti mirati sul paziente, poveri di effetti collaterali e rapidi. E' una delle principali sfide della sanità del futuro, la nuova strada della medicina nucleare. Vengono utilizzate sostanze che si legano solo con le cellule tumorali e riducono il rischio di danneggiare i tessuti sani. Per ora gli schemi terapeutici sono applicati solo a quattro tipi di tumore. Contiamo di poter arrivare a altre patologie, prevalentemente oncologiche».

GE opera in 150 Paesi, in Italia è presente in 200 ospedali. Dove volete



arrivare?

«Ovviamente puntiamo a occupare sempre più spazi di mercato ma nel rispetto di due principi: correttezza etica e abbattimento dei consumi energetici. La sostenibilità ambientale non è un accessorio».

E la digitalizzazione?

«E' il cuore dei nostri progetti di sviluppo. E' fondamentale per la gestione degli ospedali. Le descrivo il Command Center, una centrale di comando attrezzata di schermi dove convergono le informazioni delle attività in ospedale. Un esempio: vengono se-

gnalati i pazienti già dimessi ma che a distanza di 2 ore sono ancora a letto, ritardando così le operazioni di pulizia. Evitare questi spazi temporali morti significa accelerare il meccanismo dei nuovi ricoveri e accorciare le liste di attesa».

Esistono già strutture attrezzate di questi sistemi?

«L'Humber River Hospital di Toronto, in Canada, è stato il primo ospedale al mondo a dotarsi di un Command Center. Gli operatori lavorano in un ambiente del tutto simile alla torre di controllo di uno scalo aereo e le stesse

informazioni sono disponibili sullo smartphone. Pensiamo a quando può essere d'aiuto disporre di questo sistema nei periodi critici o per smaltire le liste di attesa. Ad esempio riducendo i no show, i casi in cui i malati non si presentano a una visita. Grazie alla programmazione intelligente è infatti possibile ridurre gli appuntamenti a vuoto del 70%».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli algoritmi dimezzano i tempi di esecuzione dell'accertamento, garantendone la stessa qualità

Le strutture ben gestite, con una sorta di Torre di controllo, possono accorciare le liste di attesa e abbattere i «no show» alle visite

E

● L'azienda

GE HealthCare è un'azienda specializzata nel campo della diagnostica e delle soluzioni digitali per la salute. Il quartier generale è a Chicago e il presidente e ceo è Peter Arduini. Da un anno si è staccata da GE come spin off. E' quotata al Nasdaq e fattura 19,6 miliardi



Al timone

Antonio Spera, lucano adottato da Milano, ingegnere biomedico, dal 2018 presidente e amministratore delegato per Italia, Malta e Israele. «La teranostica combina la diagnosi e i trattamenti mirati per le patologie tumorali»



L'OCCHIO clinico

Una carezza ci salverà. Soprattutto persone malate e fragili, donne, piccoli e anziani

Un abbraccio, un massaggio, il contatto fisico insomma, possono fare la differenza quando si tratta di attenuare un dolore, calmare l'ansia e dare benessere. E a dimostrarlo è una metanalisi appena pubblicata su 'Nature Human Behaviour'. Un gruppo di ricercatori tedeschi e olandesi sono andati ad esaminare 212 pubblicazioni sull'argomento, riguardanti un totale di oltre 13 mila tra adulti, bambini e neonati. E i benefici delle carezze, in varie declinazioni, risultano evidenti a tutte le età. Nelle persone affette da demenza, un massaggio al giorno, per sei settimane, fa crollare l'aggressività e riduce i biomar-

catori dello stress; anche nelle persone con tumore, i massaggi terapeutici migliorano il tono dell'umore. Ma gli effetti più sorprendenti della terapia del 'tocco gentile' si apprezzano nei bambini prematuri, il cui stato di salute migliora enormemente con il contatto pelle a pelle. Le carezze e le coccole insomma fanno star bene, fanno sentire amati e questa è esperienza comune. Ma questa ricerca dimostra qualcosa di più: il contatto fisico può aiutare a guarire e risulta quasi indispensabile in alcune situazioni. A trarne i maggiori benefici sono le persone malate e fragili, le donne, i piccoli e gli anziani. E non importa se a fare la carezza sia un familiare o il badante

nel caso di una persona anziana, mentre importa tantissimo nel caso di un neonato. In questo caso è il contatto con il corpo della madre (ma anche del padre) a fare la differenza. Forse una questione di odore o forse la maniera del tutto particolare con la quale i genitori si relazionano con i loro piccoli, ipotizzano gli scienziati. Di certo, il contatto a pelle a pelle con un prematuro secondo gli scienziati deve iniziare il più precocemente possibile e durare almeno otto ore, come raccomanda anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Per tutti poi, una variabile fondamentale è la frequenza delle carezze e del

contatto fisico che, per dare benefici, devono essere frequenti e costanti. Molto importante è anche la 'geografia' delle carezze: le più efficaci nel dare benessere sono quelle fatte sulla testa o sul viso, forse perché queste zone sono dotate di un maggior numero di terminazioni nervose. E anche la cultura ha il suo peso: le persone del Sud America beneficiano maggiormente della terapia delle 'carezze', rispetto a chi vive in Europa o in Nord America.

di **Maria Rita Montebelli**



L'AMBIENTE**SIA UNIVERSALE
IL DIRITTO
ALLA SALUTE****ALBERTO DE SANCTIS** / PAGINA 12

La salute è un diritto di tutti. Non dev'essere appannaggio di pochi privilegiati. Questo il senso delle iniziative legate alle Giornata mondiale della salute, proclamata dall'Oms.

**LA SALUTE
DIRITTO DI TUTTI****ALBERTO DE SANCTIS**

Si è celebrata la giornata mondiale della salute, proclamata dall'Organizzazione Mondiale della salute (OMS). *My health, My right*, è questo lo slogan scelto per quest'anno. La salute è un diritto di tutti. Non dev'essere appannaggio di pochi privilegiati.

Al netto delle sacrosante campagne di sensibilizzazione, degli appelli lanciati in occasioni come queste e perlopiù destinati a cadere nel vuoto, è crescente l'attenzione per gli effetti che il surriscaldamento climatico può avere sulla salute. Lo scioglimento dei ghiacciai e la conseguente carenza di risorse idriche, le improvvise precipitazioni cui seguono altrettanto improvvisi innalzamenti delle temperature, le ondate di calore mal sopportate soprattutto da anziani e bambini, il salire del livello delle acque dei mari, l'estinzione di alcune specie ittiche e l'incremento di altre, le modificazioni della flora e della fauna, un territorio che si va facendo sempre più fragile, non possono non riflettersi sul nostro modo di vivere e pensare, sul nostro modo di consumare il cibo, in ultima istanza o meglio in primis sul nostro organismo, che è costretto ad adattarsi subendone gli inevitabili contraccolpi. È evidente l'esistenza di un nesso tra surriscaldamento climatico e salute. Per questo la tutela del diritto alla salute intesa come diritto universale, *My health, My right*, non può più prescindere dal considerare l'ambiente come casa comune, come bene comune, che non può essere comprato o venduto in assenza di un'adeguata regolamentazione.

È comprovato che la salute umana dipenda da quella dell'ambiente e che determinate sue alterazioni abbiano il potere di comprometterla. A testimoniarlo sono le numerose catastrofi, che anche l'Italia non si è fatta mancare. Dalla Terra dei fuochi all'Acna di Cengio, dai morti per amianto di Casal Monferrato al naufragio della Haven, dalla tristemente nota diossina killer di Seveso alle polveri sottili che inaliamo quotidianamente. Malgrado ciò, secondo uno

studio promosso dalla Commissione europea nell'ottobre del '22, l'Italia continua ad essere uno dei paesi più vulnerabili d'Europa. Il genere umano appare ancora disposto a tutto pur di estromettere se stesso dal pianeta. È questo l'atteggiamento che nella Laudato si Papa Francesco definisce "antropocentrismo deviato" o "dispotico". Ma una politica troppo appiattita sul presente non ha la forza, da sola, per intervenire efficacemente. A sollecitarla deve essere chi sta più in basso, che però a sua volta necessita di avvalersi del supporto di una scienza capace di coinvolgere ed interessare la collettività.

A costituire un esempio virtuoso è il *Baby Tooth Survey*. Un'indagine che sul finire degli anni '50 si svolge chiedendo alle madri dei neonati, che vivono in quelle zone degli USA dove vengono effettuati i test nucleari a cielo aperto, di inviare i dentini da latte dei propri figli. La risposta è massiccia e i risultati della ricerca, pubblicati su *Science*, rilevano l'accumulo di un isotopo radioattivo (Stronzio-90) in quantità significativamente superiore a quella presente prima dell'inizio dei test nucleari. La divulgazione dei risultati e il valore scientifico degli stessi smuovono l'opinione pubblica e, nel 1963, il governo americano bandisce gli esperimenti nucleari a cielo aperto. Un'indagine simile a questa sarebbe oggi auspicabile per studiare le conseguenze del cambiamento climatico sulla salute. Un'indagine ad ampio spettro, che seguendo l'esempio del *Baby Tooth Survey*, dovrebbe essere adeguatamente pubblicizzata coinvolgendo il più ampio numero di individui possibile. Non sarebbe azzardato riferirsi alle esperienze della "scienza partecipata".

Lo studio delle patologie riconducibili al cambiamento climatico, condotto in vista della salvaguardia della salute di tutti, potrebbe forse anche indurre a ritrovare fiducia in quella vocazione della scienza a porsi a servizio dell'umanità, che in troppi con il Covid hanno messo in dubbio. Diventerebbe così quasi impossibile continuare a tenere gli occhi chiusi o semichiusi su di un fenomeno come il cambiamento climatico, che rischia di compromettere la salute nostra, assieme a quella dei nostri figli. —



SALUTE

Buone abitudini, la rivoluzione che allunga la vita

SILVIO GARATTINI

A pagina 13

Siamo una società che sta rapidamente invecchiando. E se osserviamo ciò che dovrebbe interessarci di più, cioè la durata di vita sana, scendiamo molto in basso nella graduatoria internazionale.

ANALISI Sembrano ormai raccomandazioni quasi banali. Molte persone le conoscono, eppure faticano a metterle in pratica con costanza

Buone abitudini: rivoluzione “facile” che ci allunga la vita. E fa risparmiare



SILVIO GARATTINI

Siamo una società che sta rapidamente invecchiando a causa della sproporzione fra la mortalità (circa 650.000 decessi l'anno) e la natalità (circa 380.000 nati all'anno), mentre la durata di vita è aumentata arrivando a circa a 81 anni per i maschi e 85 per le femmine. Abbiamo circa 1 milione di novantenni, ma solo 22.000 centenari e 17 persone che hanno raggiunto i 110 anni. A fronte di questa situazione va sottolineato che, se osserviamo ciò che dovrebbe interessarci di più, cioè la durata di vita sana, scendiamo molto in basso nella graduatoria internazionale.

La ragione della differenza fra durata di vita totale e durata di vita sana dipende dalla presenza di malattie, spesso più di una, nello stesso soggetto. Diventa, quindi, urgente, nel nostro Paese, aumentare la durata di vita sana, obiettivo che si può raggiungere attraverso l'applicazione delle cosiddette buone abitudini di vita. Tutti sappiamo quali siano, ma poi non le applichiamo, adducendo molto spesso una serie di alibi: “Comincerò a migliorare la mia alimentazione la prossima settimana”; “Il mio medico fuma, quindi vuol dire che non fa così male”; “inutile avere buone abitudini di vita dato l'inquinamento”; “mangio quel che voglio, tanto posso ricorrere a un integratore alimentare”.

Le buone abitudini di vita offrono, invece, una probabilità sempre più alta di vita sana, quanto più le si osservano tutte, con il risultato di ridurre l'accesso ai medici e ai farmaci, con il vantaggio di liberare il Servizio sanitario

nazionale da prestazioni aggiuntive. Val la pena, al riguardo, di fare un elenco delle buone abitudini di vita per caratterizzarne i vantaggi. Evitare il fumo è fondamentale, considerando che le sigarette rappresentano un fattore di rischio per ben 27 malattie, inclusi vari tipi di tumore. Conosciamo il rapporto fra tabacco e tumore del polmone, ma sono molti i tumori influenzati dal fumo, inclusi quello della vescica e del seno, come pure dipende dal fumo l'infarto cardiaco, l'ictus cerebrale nonché la cataratta, l'artrite reumatoide e altre forme di artriti. Il tabacco rappresenta anche un danno non solo per chi lo consuma ma anche, in modo indiretto, per le persone che sono ricevano il fumo passivo.

Si dovrebbero aumentare ancora le proibizioni per il fumo nei parchi, dove ci sono spesso i bambini, nei luoghi dove si attendono mezzi di trasporto, sulle spiagge, e così via. Una modalità per diminuire l'uso del tabacco è certamente data dall'aumentare il prezzo delle sigarette: in Italia è di circa 5 euro, mentre in Inghil-



terra è di circa 10 sterline ed in Francia è recentemente aumentato a 14 euro. Lo Stato italiano teme di perdere i 14 miliardi che ricava dalle tasse, ma è molto miope considerando le enormi spese che derivano dalle malattie indotte dal fumo.

Non solo, il fumo ha anche una grande influenza sull'ambiente perché, la coltivazione del tabacco sottrae, in Italia, circa 14 mila ettari alla forestazione, che sarebbe importante per mantenere una buona depurazione dell'atmosfera. Si tenga inoltre conto del fatto che ogni anno si fumano circa 40 miliardi di sigarette, che emettono sostanze cancerogene e infiammatorie e che finiscono nell'atmosfera aumentando le cosiddette polveri fini. Inoltre, si depositano sul terreno enormi quantità di mozziconi, i cui prodotti tossici vanno a finire nell'acqua e nel cibo. Analogamente occorre evitare l'alcol, che recentemente è stato dichiarato cancerogeno dall'Organizzazione mondiale della sanità. Gli interessi economici in gioco, soprattutto nell'industria del vino, non permettono che succeda quanto deciso in Nuova Zelanda e in Australia, dove chi acquista una bottiglia trova scritto: «Questo prodotto può essere dannoso alla vostra salute». Astenersi dalle droghe è un'altra buona abitudine di vita, come pure astenersi dai giochi d'azzardo che possono essere alla base di problemi mentali e di suicidi.

Tutti sappiamo poi quanto sia importante l'alimentazione. In Italia, abbiamo la tradizione della dieta mediterranea, che consiste nel privilegiare vegetali e frutta, carboidrati complessi (pasta e riso) pesce, riducendo la quota di carni, in particolare quelle rosse, e grassi. Si può dire che la dieta deve essere varia per fornire tutti i micro e i macro nutrienti, ma moderata. Numerosi studi hanno dimostrato, dal topo alla scimmia, che la riduzione di circa il 30% della quantità di cibo che viene assunta determina un aumento della durata di vita di circa il 20 per cento. Uno studio condotto nell'uomo, denominato "CALORIE2", ha valutato il risultato di una riduzione calorica del 25% per 2 anni, determinando effetti positivi quali la diminuzione del colesterolo, della pressione sistolica e diastolica con un miglioramento dell'indice di sensibilità all'insulina, nonché un aumento delle performance cognitive e una riduzione del metabolismo a riposo. Inoltre, mangiare poco esercita effetti antinfiammatori.

L'attività fisica è pure molto importante, perché migliora la funzione circolatoria e il consumo di calorie. In realtà bastano 40 minuti al giorno di corsa o camminata, facendo fatica. Esistono molte modalità di attività fisica: ognuno può scegliere ciò che è più adatto a sé. Tuttavia, è importante non rinunciare mai all'attività fisica perché, assieme alla corretta alimentazione, permette di mantenere il peso corporeo nella normalità evitando sovrappeso e obesità. Questa triade, alimentazione attività fisica e peso corporeo è la base per evitare il diabete di tipo 2, nonché i disturbi cognitivi che avvengono nella vecchiaia.

Il sonno, almeno 7 ore al giorno, è fondamentale, oltre che far riposare la muscolatura, anche per mantenere il cervello in buone condizioni. Infatti, il cervello è l'organo che ha il maggior metabolismo e produce scorie che non possono venire eliminate durante la giornata. Nella notte, la eliminazione delle scorie raddoppia. Ciò permette di evitare il permanere di so-

stanze che possono essere dannose per l'attività cerebrale. Fra le buone abitudini di vita, non bisogna dimenticare di mantenere rapporti sociali. Dobbiamo fare sì che con l'avanzare degli anni non ci si isoli; si deve continuare a essere propositivi, seguendo ad esempio attività di volontariato o gli hobby a cui si è affezionato.

In fine, è molto importante ricordare i determinanti socio-economici. Avere un basso livello di scolarità implica in generale bassi redditi e ciò determina scarsa attenzione alla salute perché l'obiettivo principale è arrivare alla fine del mese. Ciò tuttavia determina l'accesso a cibi industrializzati di basso costo e quindi ad una maggiore incidenza di obesità e di diabete. In generale, il vivere in periferia, in ambienti poveri, riduce la durata di vita. Un ultimo elemento da considerare è il ruolo che svolgono i servizi sanitari. Fanno parte della prevenzione le vaccinazioni, che spesso incontrano ostacoli nel nostro Paese, come pure la partecipazione agli screening per malattie croniche e per i tumori. Diagnosticare precocemente un tumore significa una maggiore probabilità di ottenere la guarigione dalla malattia, purtroppo soltanto il cinquanta per cento degli

italiani partecipa, ad esempio, allo screening proposto dalle Regioni per identificare il tumore del colon retto.

La descrizione delle buone abitudini dovrebbe essere compito dei medici di medicina generale per aiutare i pazienti a mantenere stili di vita salutari. Per concludere, abbiamo bisogno di una grande rivoluzione culturale che metta al primo posto la prevenzione tra i compiti della medicina. Ciò richiede la realizzazione di una Scuola superiore di Sanità, dove formare i dirigenti, in modo che entrino nel Ssn con la preparazione adatta rispetto alla prevenzione. Non solo, abbiamo anche bisogno di far conoscere i problemi della salute nella scuola italiana, basterebbe un'ora la settimana, in tutti i gradi e livelli, per cominciare a cambiare la mentalità e, soprattutto, per far capire ai giovani che ciò che fanno oggi condizionerà la loro situazione di salute in futuro. Anche nelle scuole di medicina è oggi trascurato l'insegnamento dei principi che riguardano la prevenzione. C'è molto da fare, ma si deve iniziare il più presto possibile questa fondamentale rivoluzione culturale.

**Fondatore e presidente
Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri IRCCS**



Il libro “La vita non è una corsa”

Il segreto del viver bene sta tutto nelle pause

Eliana Liotta spiega, con la collaborazione degli esperti del San Raffaele, come “rallentare” sia essenziale per il benessere fisico e psicologico

DANIELA MASTROMATTEI

■ «Solo sedendo e riposando l'anima diventa saggia», per usare le parole di Samuel Beckett. «Le pause sono la chiave, l'unica, per ritrovare energia e sono anche la strada per sperare di vivere bene e a lungo», spiega Eliana Liotta, scrittrice e giornalista scientifica nel suo libro *La vita non è una corsa* (edito da La nave di Teseo). Un saggio realizzato in collaborazione con l'Università e l'Ospedale San Raffaele di Milano: una sorta di dialogo tra l'autrice e il neuroscienziato, l'endocrinologo, il gastroenterologo, lo psicologo, lo psichiatra, il fisiatra e l'oftalmologo. Ciascuno dal proprio punto di vista parla della necessità di rallentare (e, perché no, riscoprire l'ozio tanto caro a Cicerone) per allontanare la stanchezza e l'ansia per stare meglio in salute e restare giovani. Non è fannulloneria, lusso aristocratico o peccato delle anime pigre che Dante nel Purgatorio descrive costrette a muoversi in continuazione per contrappasso. «Anche il pentagramma del nostro destino ha bisogno di intervalli. Risucchiati dal vortice dell'urgenza, dalla smania di riempire i buchi, dal terrore della noia, abbiamo smesso di cercare un ristoro profondo, dormiamo poco, riflettiamo a stento e non godiamo il sole. Poi, ci lamentiamo di sentirci esausti e cronicamente stanchi», sottolinea la Liotta. «Si va alla ricerca di stratagemmi per la longevità, quando la sintesi delle ricerche è nella sua essenza una sola: ab-

bracciare l'equilibrio tra vuoti e pieni», svela l'autrice.

Gli specialisti sono d'accordo nel sostenere che lavorare senza soste, dormire poco e male, restare attaccati tante ore a computer e telefonino mettono in crisi benessere fisico e psicologico. Abituati come siamo a correre dalla mattina alla sera, da una parte all'altra della città, da casa al lavoro e dal lavoro a casa in una società che ci vuole veloci come lepri fa apparire dei veri rivoluzionari coloro che invitano a darsi una tregua.

IL RIPOSO

«Riposarsi è diventata un'attività da apprendere», continua la scrittrice. Tanto che in un ateneo americano, la Lawrence University, nel Wisconsin, il corso di maggiore successo degli ultimi anni s'intiola “Doing nothing” e insegna agli studenti l'arte di non fare niente. A lezione, i docenti spiegano quando disconnettersi dai cellulari, come rilassarsi attraverso la meditazione, istruiscono sul tai chi o sulla danza. Diciamo è la rivincita dell'intelligenza naturale sull'intelligenza artificiale.

E mentre i super manager fanno a gara a chi dorme meno, vantandosi di riposare solo «quattro ore» a notte e di sentirsi in gran forma, gli esperti pongono

l'accento sull'importanza di dormire dalle 7 alle 8 ore.

I capi che non riposano abbastanza prendono decisioni come se fossero ubriachi. Gli insonni per scelta dovrebbero leggere lo studio riportato nel libro: «Un cinquantenne che dorme sempre e solo cinque ore o meno corre il rischio di ammalarsi di patologie croniche superiore del 30-45%. Il sistema immunitario si logora».

«Dormire fa bene all'apparato cardiocircolatorio oltre che allontanare lo stress, “pulire” il cervello e aiutare la memoria. Il poeta romano Ovidio diceva «un campo che ha riposato dà un raccolto abbondante». In effetti, dietro al vecchio e saggio detto “la notte porta consiglio”, si nasconde una grande verità poiché mentre si riposa si abbassa la razionalità e le idee possono finalmente muoversi in libertà in favore della creatività. Riposiamo senza sensi di colpa, e nel dolce far niente iniziamo a provare piacere. È esattamente quel pia-



cere a darci benessere. Altro che ansiolitici. «Ci sono pause non negoziabili, personalissime, alle quali non bisogna rinunciare, sono loro a renderci anche più riflessivi e a indicarci soluzioni a problemi mai risolti per colpa del vivere in modo frenetico».

Insomma, le pause (sante subito), come emerge dagli studi scientifici, riducono il rischio di cancro, infarto, diabete, demenza. «Le pause rigeneranti sono intermissioni attive, di qualità, sono le interruzioni della sedentarietà, dell'isolamento e dell'inerzia del pensiero, perché siamo nati per muoverci, per stare con gli altri e per appagare la curiosità, non per passare le giornate seduti davanti a un pc, a uno smartphone o alla televisione», si legge sul libro che ha la capacità di farci riflettere sull'importanza di rimodulare le nostre giornate. Imprenditori e datori di lavoro illuminati sanno che un dipendente che pensa al proprio benessere sarà più crea-

tivo, disponibile e collaborativo.

Nel frattempo «viviamo in apnea ci dimentichiamo di respirare, e neanche lo sappiamo», fa notare l'autrice. «Negli ultimi anni, la scienza occidentale conferma quanto le culture orientali sostengono da secoli che imparare a controllare la respirazione può aiutare quanto un farmaco. Diminuisce il numero di battiti del cuore e migliora l'umore». Dovremmo allenarci a un ritmo rilassato e ampio del soffio vitale, anche qualche minuto al giorno, lasciare da parte i pensieri angosciosi e ricordare Cicerone: «Finché respiro, spero».

BENEFICI DEL SOLE

Goffredo Parise descrisse la malinconia come il sentimento del crepuscolo quando il sole è sparito sotto l'orizzonte e nel cielo rimane una luminosità incerta. L'alba, viceversa, è rinascita e lo è anche per il nostro corpo.

Passeggiare al mattino è una cura poetica e reale contro la tristezza. «Dunque, la luce solare da milioni di anni attraversa la retina dei mammiferi e stimola l'orologio biologico incassato nel profondo dell'encefalo. Subito cresce nel nostro corpo la secrezione di serotonina, ed è una promessa di felicità», si legge al capitolo "Prendersi pause di luce". «Il benessere psico-fisico parte da un raggio di sole: basta esporsi 5-10 minuti ogni giorno», suggerisce Eliana Liotta. E il buon umore schizza alle stelle.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ovuli congelati e maternità: sfidare l'orologio biologico diventa una moda

**In aumento
il numero
di donne che
ricorrono
all'«egg
freezing»
per poter
posticipare
la gravidanza**

di **Melania Rizzoli**

Sta diventando quasi una moda, e oggi sembra una cosa normale e lungimirante quella di congelare i propri ovuli per preservare la fertilità e poter posticipare una eventuale gravidanza al momento giusto e con il partner ideale. Fino a pochi anni fa la tecnica dell'«Egg Freezing», ovvero la crioconservazione in laboratorio degli ovociti veniva eseguita, per ragioni mediche, sulle giovani donne che dovevano sottoporsi a trattamenti che potevano rendere sterili le ovaie, come la chemio o radioterapia, note cause di infertilità, per dare loro la possibilità di intraprendere una gravidanza una volta guarite ed uscite dal tunnel delle terapie oncologiche. Oggi invece sono migliaia le donne fertili e sane che, dai 24 e prima dei 35 anni, quan-

do notoriamente avviene un repentino calo della qualità dei gameti femminili, richiedono il prelievo e la conservazione dei propri ovociti per garantirsi la possibilità di un concepimento programmato e fare un figlio anche avanti nel tempo, quando le probabilità di gravidanza naturale divengono sempre più rare.

Nei centri italiani di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) sono già migliaia gli ovuli congelati e conservati a -196 gradi in azoto liquido, che aspettano di essere inseminati e reimpiantati nell'utero delle donne dai cui sono stati prelevati anni prima, quando, per ragioni personali o sociali, le stesse si erano sottoposte a tale tecnica in previsione di diventare madri in futuro.

Il congelamento degli ovuli non è una garanzia assoluta di mater-

nità, nel senso che non assicura sempre una gravidanza certa, ma di sicuro ne aumenta le possibilità, anche se molto dipende dall'età e modalità in cui sono stati prelevati, e soprattutto dalla stagione di vita in cui si decide di utilizzarli, tenendo ben presente che non tutti gli ovuli saranno efficaci e non tutti sopravviveranno bene allo scongelamento.

Dalla riserva ovarica, il cui nu-



mero di ovociti è geneticamente determinato e non aumenta negli anni, in genere, dopo una stimolazione delle ovaie tramite somministrazione di ormoni, con iniezioni sottocutanee giornaliere di gonadotropine per almeno due settimane, al fine di ottenere la maturazione del maggior numero di ovociti, si prelevano, dopo i controlli e gli esami di rito, sotto guida ecografica, per via transvaginale e in anestesia generale, con un apposito ago montato sulla sonda, dai 10 ai 12 ovociti ritenuti idonei, ovvero i più grandi e ben formati, i quali, dopo essere mantenuti per circa due ore in un incubatore, vengono esaminati da un ingegnere biologo che subito dopo provvede alla loro «vitrificazione», una tecnica per prevenire formazione di cristalli di ghiaccio all'interno della cellula, ed impedire che vengano distrutti durante lo scongelamento, per poi prepararli per la crioconservazione immersi in temperature polari, dove possono essere mantenuti vitali per molti anni, potenzialmente all'infinito, mantenendo intatto il proprio potenziale riproduttivo dell'età della paziente al momento del prelievo, senza deteriorarsi, subire il danno del tempo né invecchiare dal punto di vista metabolico e cellulare.

In Italia, quando la paziente decide di intraprendere una gravidanza utilizzando i propri ovuli crioconservati secondo la normativa vigente (legge 40/2004), questi vengono scongelati e contemporaneamente fecondati in vitro (in provetta) con il seme appena prodotto da masturbazione dal partner scelto, mediante la tecnica della Procreazione Medicalmente Assistita, ovvero con la microiniezione di uno spermatozoo mobile e vitale all'interno dell'ovulo (ICSI), per renderlo fecondo e quindi reimpiantarli nell'utero materno con una pipetta al fine di favorire il suo annidamento e sviluppare la tanto desiderata gravidanza. Se durante tale procedura vengono inseminati più ovuli, gli embrioni non trasfe-

ritti in utero vengono a loro volta crioconservati per poter essere utilizzati in trattamenti futuri o in quelli non andati a buon fine. Degli ovuli congelati non utilizzati, potenziali fratelli o sorelle di quello che ha prodotto e fatto nascere un bambino, la donna proprietaria può decidere di lasciarli ibernati, di donarli ad altre coppie, metterli a disposizione della scienza o richiedere che vengano

eliminati. Sia la procedura del prelievo che quella del reimpianto sono interventi indolori, hanno ciascuna la durata di circa 10/15 minuti e necessitano entrambe di ricovero ospedaliero in regime di Day Surgery con dimissione in serata. La probabilità di successo di gravidanza con ovuli criocongelati è stimata in oltre il 50% nelle donne di età inferiore ai 30anni, al 40% in quelle fino a 35anni, per poi ridursi drasticamente sotto al 18% in quelle di età superiore, anche a parità di numero di ovuli recuperati, senza dimenticare l'importanza delle caratteristiche del seme del partner e le condizioni fisiologiche ed ormonali dell'utero materno al momento dell'impianto. Il processo di congelamento e vitrificazione non ha alcun effetto patologico o somatico sul futuro nascituro e il bambino che nascerà dal freddo non avrà alcuna differenza con quello nato da una gravidanza naturale.

Qualche settimana fa la modella Bianca Balti (1,5 milioni di follower) ha dichiarato pubblicamente di voler regalare alla figlia oggi 17enne, il percorso della crioconservazione degli ovuli una volta raggiunta la maggiore età, per renderla libera di scegliere quando e con chi avere in futuro un figlio senza rinunciare alla carriera, e sui social spopolano le attrici famose che hanno sfidato l'orologio biologico con maternità ritardate ed annunciato di aver partorito alle soglie della menopausa, come Cameron Diaz a 51 anni, Brigitte Nielsen a 55 anni, Gianna Nannini a 54 anni, Carmen Russo

a 53 anni, Claudia Raia addirittura a 56 anni, confermando che l'industria medica della riproduzione, con le sue tecniche sempre più evolute e sofisticate, è in grado di forzare e piegare le leggi della natura anche nelle stagioni non più primaverili di una donna.

La Pma è in costante crescita in tutto il mondo, e sui siti dedicati la crioconservazione degli ovociti viene presentata come una polizza assicurativa sulla fertilità, uno strumento per salvaguardare l'autonomia riproduttiva femminile, e garantire una maternità sempre più programmata e ritardata, giocando sulle lacune informative e sull'ignoranza scientifica dei consumatori, eppure il ricorso a questa procedura è sempre più frequente, in Italia l'«Egg Freezing» registra un aumento del 25% all'anno, e le gravidanze medicalmente assistite rischiano tra pochi anni di superare in numero quelle naturali generate dal normale e fisiologico atto sessuale.

Ps: Mercoledì scorso in uno storico voto il Parlamento Europeo ha approvato la risoluzione di includere l'aborto nella «Carta dei diritti fondamentali della Ue», e contemporaneamente ha condannato «tutti i tentativi di limitare, o eliminare, le protezioni per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi» a dimostrazione di come le tecniche abortive o riproduttive assistite siano disciplinate da leggi nazionali, a differenza delle gravidanze naturali, inaspettate, desiderate o meno, che restano ancora affidate alle leggi supreme di Madre Natura e fortunatamente libere da ogni vincolo legislativo.

TENDENZA

La modella Bianca Balti vuole regalare questo percorso alla figlia 17enne

STATISTICHE

La probabilità di successo si riduce al 18% oltre i 35 anni
Per le under 30 è del 50%



SANITÀ TERRITORIALE

Una farmacia ogni 3mila abitanti,
più aperture verso i nuovi servizi

Michela Finizio — a pagina 13



Novità in arrivo. Il Ddl Semplificazioni in Parlamento amplia i servizi erogabili

Farmacie più vicine agli italiani: un presidio ogni 3mila abitanti

I dati Iqvia. La capillarità si colloca sopra la media Ue (3.237): 19.557 punti vendita, il 69,7% indipendenti
Attese più risorse per erogare servizi aggiuntivi previsti dal Ddl Semplificazioni all'esame del Parlamento

Michela Finizio

Una farmacia ogni 3mila abitanti. È questa la capillarità del servizio di distribuzione farmaceutica, stabilita per legge (con il Dl Cresci Italia del 2012) e finalmente raggiunta come media nazionale, con molte differenze sul territorio. A certificare il dato sono i numeri delle attività registrate a marzo 2024 forniti al Sole 24 Ore da Iqvia, multinazionale attiva nel settore.

Le farmacie diventano così il presidio sanitario più diffuso, proprio mentre si discute l'attuazione del decreto 77/22 che - nell'ambito del Pnrr - riforma la sanità territoriale. Basta pensare che in media il numero di assistiti di un medico di base si aggira sui 1.300, superando i 1.500 in alcune province lombarde. In pratica, la metà dell'utenza media di una farmacia, stando al numero di Iqvia.

È proprio sulla loro vicinanza alla popolazione che fa leva il disegno di legge Semplificazioni approvato il 26 marzo scorso dal Consiglio dei ministri, che ora dovrà essere approvato dal Parlamento: il testo punta a certificare la nascita della "farmacia dei servizi" (con tanto di insegna dedicata, che dovrà essere collocata di fianco alla già nota cro-

ce verde), centro polifunzionale che potrebbe diventare un vero e proprio ambulatorio di prossimità, in città come in periferia, integrato nel Servizio sanitario nazionale.

Oggi le farmacie sono 19.557: il 69,7% indipendenti, il 24,6% in network o gruppi e il restante 5,7% in catene reali. Il numero è in continuo aumento, rispetto alle 17.680 registrate nel 2014, anche a seguito dei concorsi straordinari e delle nuove aperture autorizzate, con incentivi ad hoc per le aree rurali. Così la densità per abitanti è aumentata: oggi si conta una farmacia ogni 3.016 residenti, con una grande varietà sul territorio nazionale. A Bolzano, così come a Napoli e a Milano, il bacino d'utenza medio resta infatti superiore ai 3.500 abitanti. Più in generale, sono 43 (su 107) le province italiane dove il target di una farmacia ogni 3mila abitanti non è ancora stato raggiunto.

Fatto sta che in Italia il servizio risulta più capillare rispetto alla media europea, che si ferma a una farmacia ogni 3.237 abitanti (dati Federfarma). Il numero medio di abitanti serviti, in particolare, è inferiore a quello della Germa-

nia (4.671 abitanti) e a quello della Francia (3.284), dove il Governo ha favorito gli accorpamenti per aumentare l'efficienza del servizio. Il bacino medio d'utenza, invece, risulta inferiore in Spagna (2.160) e in Grecia (988).

Finora la farmacia di servizi, già prevista nel Dlgs 153 del 2009, era stata attuata solo in forma privatistica: tre decreti ministeriali hanno definito l'elenco delle prestazioni attualmente già erogabili, dalle analisi (glicemia, colesterolo, emoglobina, urine eccetera) alla misurazione della pressione o della capacità polmonare, fino all'elettrocardiogramma oppure alla possibilità di prenotare esami e visite specialistiche in ospedale, pagando il ticket in farma-



cia; con l'arrivo del Covid-19, poi, è stato possibile effettuare anche vaccinazioni e tamponi. «La nuova normativa – afferma Marco Cossolo, presidente di Federfarma – prende atto della realtà e rende coerente il futuro della farmacia, come soggetto in grado di presidiare la sanità territoriale, introducendo una serie di novità che mettono a sistemare scelte fatte negli ultimi anni».

Se il testo verrà approvato senza modifiche, sarà possibile eseguire in farmacia tutti i vaccini previsti dal piano nazionale per gli over 12 (oltre a quelli per influenza e Covid già disponibili), i tamponi diagnostici salivari e orofaringei e i test per scegliere la migliore terapia antibiotica per chi è colpito da una patologia respiratoria. E ancora: i servizi di telemedicina, come un elettrocardiogramma o un holter; le principali analisi cliniche; la possibilità di scegliere il proprio medico di famiglia o il pediatra senza dover fare la fila alla Asl.

Per erogare questi servizi, infine, «i soggetti titolari di farmacia possono utilizzare locali separati da quelli ove è ubicata la farmacia». Questa possibilità «di fatto intende agevolare le farmacie nei centri storici che spesso hanno locali troppo piccoli, e che così potranno trovare soluzioni diverse per erogare certe prestazioni, senza l'obbligo di continuità», spiega Cossolo di Federfarma. Tra l'altro i locali potranno essere condivisi da più farmacie, stipulando un contratto di rete.

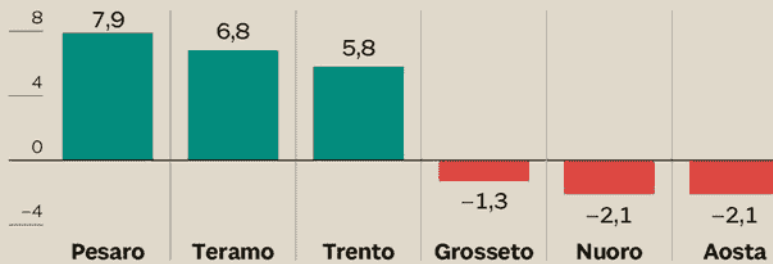
Infine, per attuare questo progetto andranno individuate le risorse. Sia in termini di forza lavoro (i farmacisti segnalano criticità legate alla carenza di organico, alla necessità di formazione specifica e all'assenza di linee guida, ad esempio nell'individuazione degli spazi), sia in termini di copertura del Fondo sanitario nazionale. «Il nuovo Ddl

Semplificazioni crea i presupposti – chiosa Cossolo – ma poi servirà un secondo passaggio, in legge di Bilancio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL TREND

Dove sono aumentate o diminuite di più le farmacie negli ultimi tre anni (marzo '24/ marzo 21). In %



Fonte: elab. Sole 24 Ore su dati Iqvia

Per offrire i nuovi servizi sarà possibile usare locali separati, anche condivisi attraverso un contratto di rete

I numeri

LE FARMACIE

Numero totale e in % per tipologia di proprietà a marzo 2024

TOTALE
19.557
100%



LA CAPILLARITÀ

Dove le farmacie sono più o meno capillari rispetto all'utenza e quanto sono aumentate o diminuite rispetto al 2021

	ABITANTI PER FARMACIA	VAR % SU 2021	% INDIPENDENTI
MENO ABITANTI PER FARMACIA			
Isernia	1.557	0 =	84,3
Oristano	1.733	+2,4 ▲	80,2
Campobasso	1.859	+0,9 ▲	91,2
Vibo Valentia	1.906	+1,3 ▲	88,6
Rieti	2.004	0 =	64,0
L'Aquila	2.009	+5,1 ▲	78,3
Vercelli	2.073	-1,2 ▼	92,5
PIÙ ABITANTI PER FARMACIA			
Bolzano	4.007	+0,8 ▲	60,4
Monza Brianza	3.767	+2,2 ▲	53,2
Latina	3.631	+2,0 ▲	83,3
Caserta	3.581	+1,2 ▲	80,6
Varese	3.538	+1,2 ▲	71,9
Napoli	3.529	+1,3 ▲	73,0
Milano	3.507	0 =	51,8
Totale Italia	3.016	1,5 ▲	69,7

Fonte: elab. Sole 24 Ore su dati Iqvia



12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Tumori/ Aumentano gli studi di Fase 1 in Italia, oltre 100 nel 2023

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

In 20 anni è raddoppiato, dal 9,6% al 18%, il numero dei pazienti che rispondono alle terapie contro il cancro negli studi di fase I. Queste sperimentazioni, un tempo limitate a fornire una prima valutazione della sicurezza e tollerabilità dei farmaci, hanno assunto sempre più un ruolo terapeutico e regolatorio, consentendo anche la rapida approvazione e disponibilità di cure innovative proprio al termine del primo livello della ricerca clinica. E il numero degli studi di fase I in Italia è in netto aumento: nel 2022 sono stati 126, il 19% del totale (662), in crescita dell'8% in due anni (erano l'11% nel 2020). In calo, invece, quelli di fase II (dal 37,5% al 33,5%) e III (dal 46% al 41%). L'oncologia è l'area in cui si concentra il maggior numero di sperimentazioni, il 40% del totale. Nel 2022, in Italia, gli studi di fase I contro i tumori sono stati circa 50, per superare i 100 nel 2023. Va però evidenziato il calo progressivo della ricerca indipendente, cioè non sponsorizzata dall'industria, che soffre la mancanza di risorse e personale. Per fornire a giovani ricercatori provenienti da tutto il mondo gli strumenti per comprendere la metodologia delle sperimentazioni cliniche, implementare idee di ricerca e imparare a valutare la letteratura scientifica, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) organizza oggi e domani a Roma, in collaborazione con l'American Society of Clinical Oncology (ASCO), la seconda edizione del "Clinical Research Course", presentata in conferenza stampa.

In Italia gli studi di fase I sono aumentati in modo sostanziale rispetto al passato perché funziona molto bene il sistema di gestione dei centri di fase I, istituito con la Determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) n.809 del 2015, con cui sono stati definiti i criteri minimi e le regole per autorizzare una struttura a condurre queste sperimentazioni. Inoltre, grazie al coordinamento di AIFA, dal 2023 sta prendendo forma il network dei centri di fase I, costituito da circa 60 strutture, in maggioranza oncologiche, che verrà implementato nel corso del 2024. Va inoltre evidenziato il ruolo importante della Commissione congiunta Istituto Superiore di Sanità - AIFA che, nel 2023, ha autorizzato oltre 100 studi di fase I sui tumori.

Uno studio condotto dal National Cancer Institute e pubblicato su "The Lancet" ha analizzato 465 protocolli di fase I su 13.847 pazienti. In 20 anni è raddoppiata la percentuale delle risposte globali (dal 9,6% del periodo 2000-2005 al 18% del 2013-2019).

Come ha spiegato Giuseppe Curigliano (membro del Direttivo Nazionale AIOM), in un ventennio è aumentato il valore terapeutico degli studi di fase I, perché siamo in grado di definire il profilo molecolare e genetico dei tumori e vengono coinvolti pazienti in cui si presume che le nuove molecole possano essere efficaci. Queste cure sono caratterizzate da una sorta di carta d'identità, che consente di indirizzarle al paziente



giusto. Inoltre, piattaforme tecnologiche innovative hanno definito la nuova generazione dei farmaci anticorpo-coniugati, in cui gli anticorpi monoclonali possono essere associati alla chemioterapia, ad altri anticorpi o a radioisotopi, che portano le radiazioni sulle cellule tumorali. I progressi della ricerca determinano, quindi, una forte crescita del numero di potenziali nuove molecole da inserire nel circuito delle sperimentazioni cliniche, a partire proprio dalla fase I.

Come ha affermato Saverio Cinieri (Presidente Fondazione AIOM), la Food and Drug Administration e la European Medicines Agency, cioè l'ente regolatorio americano e quello europeo, negli ultimi anni hanno approvato alcuni farmaci, in particolare immunoterapie per la cura dei tumori, anche solo dopo la fase I, con l'obiettivo di renderli disponibili in tempi molto brevi, soprattutto in assenza di alternative terapeutiche. Da un lato si tratta di un segnale positivo, perché evidenzia l'estrema rapidità del progresso scientifico e delle opportunità di cura per i pazienti, ma va posta sempre molta cautela perché, se vengono eliminate alcune fasi, diventa poi più difficile stabilire il valore relativo dei nuovi trattamenti.

È compito di società scientifiche come AIOM e ASCO vigilare perché le approvazioni dei farmaci siano tempestive, ma non premature, in quanto i valori da rispettare sono la medicina basata sulle evidenze, il diritto alle cure dei singoli pazienti e la sostenibilità del sistema sanitario. L'immediata disponibilità di terapie dopo la fase I dovrebbe corrispondere a casi particolari in cui un reale carattere innovativo si accompagna alla solida evidenza di beneficio e all'urgenza di pazienti che non dovessero avere alternative. È importante anche il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nella definizione di questi aspetti. Con questo corso promosso da AIOM e ASCO vogliamo trasferire ai giovani ricercatori i mezzi perché siano non solo lettori critici degli studi pubblicati in letteratura, ma anche eventuali promotori di progetti di ricerca. Pertanto, offriamo una panoramica esaustiva della metodologia, che spazia dagli studi di fase I a quelli delle fasi successive, fino alle sperimentazioni nelle fasi che seguono la disponibilità del farmaco nella pratica clinica, che dovrebbero essere svolte soprattutto nell'ambito della ricerca indipendente.

Vogliamo rendere i giovani ricercatori protagonisti della progettazione di studi clinici. L'insegnamento della metodologia stimola la capacità di svolgere la ricerca indipendente, che può maturare soprattutto nelle fasi tardive delle sperimentazioni, come quelle 'real world'. Purtroppo dal 2021 al 2022, nel nostro Paese, gli studi clinici non sponsorizzati dall'industria farmaceutica sono diminuiti di circa il 7%. Mancano data manager, infermieri di ricerca, bioinformatici, esperti in revisione di budget e contratti e il finanziamento pubblico in questo settore è da sempre sottodimensionato in Italia. Senza il sostegno delle Istituzioni, molti aspetti centrali della ricerca indipendente, come la qualità di vita dei pazienti, resteranno ai margini della conoscenza scientifica.

Francesco Perrone, Presidente AIOM

Massimo Di Maio, Presidente eletto AIOM

© RIPRODUZIONE RISERVATA

12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Diabete e cuore, focus in Piemonte con il Diabster Registry

di Giuseppe Musumeci *

Una epidemia globale che minaccia di arrivare a 750 milioni di persone malate nel mondo entro il 2045, secondo l'International Diabetes Federation. La prevalenza del diabete mellito è in continuo aumento e, nel 2019, con 1,5 milioni di decessi è stata la nona causa di morte nel mondo. Si tratta di un'epidemia che interessa anche la comunità scientifica dei cardiologi riuniti a Torino da giovedì 11 a sabato 13 aprile, per il congresso Change in Cardiology 4.0, che quest'anno si occupa in particolare delle connessioni fra malattia cardiaca e diabete.



Una recente metanalisi che ha confrontato 102 studi scientifici internazionali dimostra che il diabete raddoppia il rischio di eventi cardiovascolari, in particolare il rischio di coronaropatia, che cresce in maniera proporzionale ai valori di glicemia e aumenta del 10% la possibilità di morte per cause cardiovascolari.

Per far luce sul fenomeno e aggiungere elementi utili alla clinica per questo particolare tipo di comorbidità è nato il Diabster Registry, progetto piemontese che ha lo scopo di valutare le modalità di trattamento farmacologico della glicemia e ottimizzare il controllo glicemico nei pazienti trattati con angioplastica coronarica in Piemonte, Lombardia e Liguria. Il progetto coinvolge un campione di circa 350 pazienti, di età superiore ai 18 anni, sottoposti con successo a impianto di almeno uno stent. Lanciato nel mese di giugno del 2023 dalla cardiologia del Mauriziano di Torino che dirigo, annovera nel comitato scientifico, fra gli altri, Ferdinando Varbella, Giuseppe Patti e Italo Porto, anche loro direttori scientifici di Change in Cardiology 4.0.

Circa il 30% dei pazienti con coronaropatia ha una diagnosi di diabete. Lo studio monitora al sesto e poi al dodicesimo mese di follow up una serie di parametri, fra cui BMI e circonferenza addominale, i valori di glicemia, colesterolo trigliceridi e degli altri ematochimici disponibili per una valutazione dell'efficacia e della modulazione della terapia ipoglicemizzante e ipolipemizzante. Punto di riferimento fondamentale per lo studio è che il Piemonte, prima Regione in Italia, indica 55 come valore limite del colesterolo Ldl per tutti i pazienti che hanno sofferto di una sindrome coronarica acuta a sei mesi dall'intervento di angioplastica coronarica, recependo il nuovo indicatore suggerito da Agenas dal settembre 2023 in accordo con le indicazioni delle linee guida europee.

Durante il congresso saranno inoltre presentati i dati del Registro JET-LDL recentemente pubblicato su International Journal of Cardiology, sulla pratica clinica in termini di terapia ipolipemizzante in Piemonte, Lombardia e Liguria. Lo studio da un lato mostra come quasi il 60% dei 1095 pazienti studiati in queste regioni raggiungono l'obiettivo terapeutico a sei mesi (dato più alto della media europea) e dall'altro segnala come sia ancora necessario potenziare ed incrementare le terapie ipolipemizzanti con i farmaci di ultima generazione per garantire a tutti i pazienti il raggiungimento dei target

e quindi una prognosi migliore.

** Direttore S.C. Cardiologia, Ospedale Mauriziano di Torino*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Fondazione Veronesi e Cnr: approvare subito i decreti attuativi per consentire alle persone di donare il proprio corpo alla scienza

di Fondazione Umberto Veronesi

A quattro anni dall'approvazione della legge 10/2020, chiediamo al Governo un passo avanti a favore della scienza. Il 10 febbraio 2020 è stata approvata la legge 10/2020 "Norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post-mortem a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica".

Grazie a questa legge anche in Italia è divenuto possibile donare il proprio corpo alla scienza dopo la morte con procedure certe e codificate, al pari di quanto già avviene in altri Paesi europei e in generale nei Paesi più avanzati nel campo della ricerca scientifica.

Nel 2022, il Comitato Etico di Fondazione Umberto Veronesi ETS e la Commissione per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) sono stati i primi in Italia a esprimersi complessivamente sugli aspetti scientifici, etici e sociali della donazione del proprio corpo e dei tessuti per fini di studio e di ricerca in un parere congiunto nel quale affermavano che la donazione post mortem "rappresenta un gesto dall'alto valore simbolico ed etico, espressione di valori civili fondamentali come quello di solidarietà che può produrre benefici concreti per la salute pubblica e il progresso delle conoscenze". Entrambi i soggetti valutavano come un importante passo avanti l'approvazione della legge.

Purtroppo ad oggi, dopo quattro anni, ancora mancano ancora i decreti attuativi che dovrebbero dare corso alla legge 10/2020 e senza i quali il diritto di donare il proprio corpo alla scienza non è ancora esigibile. I decreti sono necessari per chiarire le procedure secondo cui una persona può depositare le proprie volontà a favore della donazione post mortem per fini di studio e ricerca, nonché per stabilire e chiarire le procedure secondo le quali i centri territoriali competenti che sono stati individuati dovrebbero prendere in carico e poi disporre delle donazioni. In assenza dei decreti attuativi, oggi è impossibile donare il proprio corpo alla scienza post-mortem, con grave danno al progresso delle conoscenze e alla competitività della comunità scientifica italiana.

Il Comitato Etico di Fondazione Veronesi, anche in occasione della Giornata per la donazione di organi fissata per domenica 14 aprile 2024, rivolge un appello urgente al Governo, e in particolare ai Ministri della Salute, dell'Università e della Ricerca e dell'Interno affinché si proceda al più presto all'approvazione dei decreti attuativi della legge 10/2020 e si dispongano quindi tutte le misure necessarie affinché chiunque possa donare il proprio corpo e i propri tessuti post-mortem alla formazione medica e



alla ricerca scientifica.

In questi anni, Fondazione Veronesi si è impegnata in una campagna di informazione destinata ai cittadini per illustrare le nuove opportunità aperte dalla legge, di grande rilevanza per la ricerca. Da allora, richieste urgenti sono pervenute da molte persone che avrebbero voluto compiere un ultimo gesto importante e solidale a beneficio di tutti e delle generazioni future e che, in assenza di tali decreti, non hanno potuto dar corso alla loro volontà di donare. Una perdita significativa non più accettabile.

L'auspicio del Comitato Etico di Fondazione Veronesi è, dunque, che anche per la donazione del corpo e dei tessuti post-mortem possa ripetersi quella convergenza tra società civile, comunità scientifica, e forse politiche che ha portato all'approvazione della legge 123/2023 sul "diritto all'oblio oncologico", un passo avanti concreto e importante a favore dei diritti e delle libertà civili.

Il Comitato Etico di Fondazione Umberto Veronesi ETS è composto da: Carlo Alberto Redi, Presidente, già Professore di Zoologia e Biologia della Sviluppo, e Accademia dei Lincei; Giuseppe Testa, Vicepresidente, Professore di Biologia Molecolare, Università degli Studi di Milano e Fondazione Human Technopole; Guido Bosticco, Giornalista e Professore presso il Dipartimento degli Studi Umanistici, Università degli Studi di Pavia; Roberto Defez, Responsabile del laboratorio di biotecnologie microbiche, Istituto di Bioscienze e Biorisorse del CNR di Napoli; Giorgio Macellari, Chirurgo Senologo ed esperto di bioetica; Emanuela Mancino, Professoressa di Filosofia dell'Educazione, Università degli Studi Milano-Bicocca; Alberto Martinelli, Professore Emerito, Università degli studi di Milano e Presidente della Fondazione AEM; Michela Matteoli, Professoressa di Farmacologia l'Humanitas University e Direttore dell'Istituto di Neuroscienze del CNR; Telmo Pievani, Professore di Filosofia delle Scienze Biologiche, Università degli Studi di Padova; Giuseppe Remuzzi, Direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS; Luigi Ripamonti, Medico e Responsabile Corriere Salute, Corriere della Sera; Cinzia Caporale, Presidente Onorario, Coordinatore Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca (CID Ethics), Marco Annoni, Coordinatore, Bioeticista, Consiglio Nazionale delle Ricerche e Fondazione Umberto Veronesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

12 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Dm 77/ Cross-Fertilization interregionale per l'applicazione della 'Lean' su Adi e Chronic Care Model

di Angelo Rosa *

Il 9 aprile 2024 è stato un giorno di fondamentale importanza per le comunità scientifiche che sostengono l'Assistenza domiciliare integrata (Adi) e le malattie croniche, dimostrando la volontà di migliorare l'assistenza e la gestione dei pazienti. Nell'ambito del nuovo Campus "Torre Rossi" dell'Università LUM - Giuseppe Degennaro a Casamassima (BA), si è tenuto l'evento conclusivo del corso "Lean Organization", con un processo di cross-fertilization interregionale per implementare il DM 77/2022.



Il corso, organizzato dal Laboratorio Lean dell'Università LUM - Giuseppe "Degennaro", ha visto il coinvolgimento di oltre 50 partecipanti, 7 Distretti socio-sanitari e 2 regioni su tutto il territorio nazionale.

Il progetto, patrocinato dall'Asl Bari e dall'Asl Caserta e dall'Università ha visto il coinvolgimento delle gestioni strategiche aziendali rappresentate da Luigi Fruscio, Dg f.f. Asl Bari; Amedeo Blasotti, Dg Asl Caserta; Luigi Rossi, Ds Asl Bari; Saverio Misso, Ds Asl Caserta; Rosella Squicciarini, Dirigente responsabile dei distretti Asl Bari e Antonella Guida Dirigente responsabile dei distretti Asl Caserta.

L'iniziativa, fortemente esperienziale, si è posta fin dall'inizio l'obiettivo primario di fare disseminazione culturale e indirizzo metodologico in relazione alle possibilità di miglioramento clinico e organizzativo offerto dal "pensiero snello".

Il progetto di disseminazione è stato diviso in due: la prima fase di tipo formativo e la seconda di tipo esperienziale, concludendosi con la presentazione di 2 progetti, uno per quanto concerne il processo di Assistenza domiciliare integrata (Adi), proposto dall'Asl Bari, e un progetto afferente alle malattie croniche, proposto dall'Asl Caserta, entrambi con un forte impatto/ricaduta sul sistema sanitario.

Dalla sperimentazione è emerso come i processi e la lean organization sono elementi chiave per la gestione dell'integrazione ospedale territorio, in quanto permettono di ottimizzare le risorse e migliorare l'efficienza dei servizi offerti. Nel contesto dell'Adi e delle malattie croniche, la lean organization si rivela particolarmente importante nella gestione dei pazienti affetti da patologie croniche, che necessitano di cure continue e di un supporto costante. Il concetto di presa in carico del paziente è centrale in questo contesto, in quanto promuove un approccio olistico che coinvolge diversi attori, tra cui il paziente stesso, i medici di base, i medici specialisti, gli operatori sanitari e i caregiver. Grazie alla lean organization, è possibile definire processi chiari e ben definiti che coinvolgono tutti gli attori coinvolti, garantendo un'assistenza integrata e coordinata. L'implementazione dei processi e della lean organization, seguendo le linee guida del DM 77/2022, permette di migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti affetti da

malattie croniche, riducendo al contempo i costi e ottimizzando le risorse disponibili. In questo modo, si favorisce una maggiore continuità delle cure, una migliore gestione delle patologie croniche e una maggiore soddisfazione da parte dei pazienti e dei caregiver.

Nella seconda fase i corsisti sono diventati gli “attori del cambiamento” e la grande poliedricità dei progetti ha permesso l'utilizzo di tutti gli strumenti Lean partendo dal “gemba”, passando dall'analisi dei flussi con la Value Stream Mapping e del diagramma di Ishikawa fino ad arrivare all'applicazione del Kanban.

A conclusione del percorso formativo, le 2 Asl hanno presentato e proposto delle attività di miglioramento all'interno delle loro strutture, presentando dei progetti operativi di miglioramento dei processi volti all'incremento della qualità dei processi e della qualità del servizio erogato e percepito per il paziente.

Al termine dell'evento - supportato da Takeda e Menarini con contributo non condizionato - è emersa ancora una volta la ferma volontà di proseguire e innovare il lavoro sinergico portato avanti in questi mesi per migliorare la gestione e la cura dei pazienti, evidenziando quanto sia sempre più necessario un approccio sistemico e di quanto la lean organization sia cruciale per garantire una gestione ottimale dell'integrazione ospedale territorio e migliorare la soddisfazione dei pazienti e degli operatori sanitari.

** Direttore Laboratorio Lean & Value Based Management in Healthcare Dipartimento Management, Finanza e Tecnologia Università LUM Giuseppe Degennaro*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

CARENZA DI PERSONALE

Sanità pubblica da salvare, l'appello dei medici

In difesa della sanità pubblica si schierano medici e scienziati. «Sono anni che denunciavamo questa situazione - dicono a voce unanime -. Alcune specialità sono carenti. I giovani vanno incentivati, anche economicamente, a fare quelle specializzazioni che oggi sono meno attrattive per

troppe responsabilità e stipendi non adeguati».

a pagina **6 Salvatori**

Sanità pubblica da salvare, ecco l'appello dei medici romani

Simonetti: «I problemi più urgenti? Il personale e la programmazione». Marini: «I peggiori stipendi d'Europa»

La sanità pubblica non si tocca. Medici e scienziati romani si schierano in difesa del sistema pubblico. Pur essendo stato tanti anni negli Usa, Roberto Cauda, componente del Scientific advisory group di Malattie infettive dell'Agenzia europea del farmaco (Ema), si sente «più vicino all'approccio universalistico italiano - dice -. Ho iniziato a fare questo mestiere alla fine degli anni '70, quando c'erano le mutue e nel tempo ho visto uno straordinario mutamento di medicina, vaccinazioni, conoscenze, ricerca. Oggi i problemi più urgenti sono il personale e la programmazione». Impossibile non essere d'accordo per Giovanni Simonetti, radiologo, considerato il padre italiano dell'angioplastica e della Tac, oggi direttore scientifico del Policlinico Casilino: «Abbiamo dei professionisti imparabili - racconta - ma tanti non hanno voglia di la-

vorare mentre altri, soprattutto nelle specialità poco attrattive, sono pochi. Per questo bisognerebbe commisurare la retribuzione al lavoro e alle responsabilità, dare un segnale in base al merito. E prendere coscienza che il livello non si è abbassato, ma serve recuperare qualità e quantità dove carenti».

«Durante il Covid ci hanno chiamato eroi anche se abbiamo solo fatto il nostro dovere, per quanto risultiamo i peggiori pagati d'Europa. Il punto è che dobbiamo essere messi in condizioni di farlo, perché oggi, specie a confronto di un privato accreditato più snello anche a livello burocratico, chi sceglie di restare nel pubblico lo fa eroicamente. La sanità moderna negli ultimi 20 anni è corsa, ma oggi rischia di andare in lockdown - le parole di Pierluigi Marini, primario di chirurgia generale e direttore del Dipartimento di emergenza del San Camillo -.

Oggi i giovani non scelgono più professioni ad alto rischio, lo dimostra il fatto che il 60% delle borse di studio di chirurgia generale va perso. Serve un piano standardizzato su tutto il territorio nazionale perché la sanità pubblica si sta sgretolando e così è destinata all'autostinzione». Il punto di vista di chi è addentro alla facoltà di Medicina, lo esprime Antonio Gasbarrini preside alla Cattolica di Roma: «Il problema non è tanto il numero dei medici, quanto la mancanza di alcuni specialisti: chirurgia generale, medicina interna, d'urgenza, della palliazione (palliative, ndr), cure primarie, anestesia, radiologia. Interi filoni non sono più interessanti e invece su questi bisognerebbe mettere maggiori risorse - aggiunge -. Interessano solo quelli con facili sbocchi privati, come oculistica e dermatologia. In Italia formiamo ottimi medici ma se non trovano quello che vo-

gliono, se ne vanno all'estero. Se si vuole far funzionare il sistema, il sistema va finanziato». «Lo ripetiamo da 15 anni, ma nessuno ha mai ascoltato quello che la base diceva - spiega Antonio Magi, segretario generale Sumai assoprof -. La priorità è il diritto alla salute e alla cura per i pazienti rendendo più attrattiva una professione che non lo è più. L'Italia è il maggior esportatore di personale sanitario in Europa: i giovani se ne vanno. Il Pnrr sta portando strutture e attrezzature, ma serve chi le faccia funzionare».

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Antonio Gasbarrini, preside di Medicina della Cattolica



Pierluigi Marini, direttore del Pronto soccorso del San Camillo



CAMICI BIANCHI DI CATANIA SOTTO ACCUSA

Autopsia con balli e canti bufera sui giovani medici Il prof: era per rilassarsi

Il docente li guida
al ritmo di Gioca jouer
L'Ordine l'attacca: serve
rispetto per i cadaveri

di Francesco Patanè

«Salutare... Camminare... nuotare... sciare...», al ritmo di “Gioca jouer” di Claudio Cecchetto, con i cadaveri a un metro di distanza. Professori universitari e medici legali ballano e cantano mentre sono impegnati in alcune esercitazioni sui cadaveri: si tratta di lavori preparatori di una sessione del convegno nazionale della Società italiana di medicina legale che si terrà a giugno a Catania. È successo alcune settimane fa in un’aula di docenza a Malta. «Un comportamento disdicevole anche se fatto all'estero. Ci sono colleghi italiani coinvolti. Nessuno si immaginerebbe di ballare in un’aula didattica o autoptica – attacca il presidente della federazione nazionale degli Ordini dei medici Filippo Anelli –. Credo che la professione meriti rispetto e ci voglia anche rispetto nei confronti dei cadaveri. Ci sarà una valutazione deontologica sul comportamento dei professionisti coinvolti».

Uno dei partecipanti ha girato il video della performance diventato virale: una cinquantina di medici legali scatenati fra i banchi e in cattedra il professore Cristoforo Pomara, ordinario di Medicina legale all'Università di Catania, che fa il dj mentre si dissezionano salme. Un

ballo che è stato definito macabro, irrispettoso e che rischia di avere conseguenze pesanti per i partecipanti. La Società italiana medici legali (Simla) chiede l'intervento del ministro della Salute, Orazio Schilacci. «Il comportamento ripreso nel video è riprovevole ed estraneo alla cultura medico legale – dice Francesco Introna, presidente della Simla –. Il comportamento deontologico dei medici legali italiani è da sempre improntato al massimo rispetto della dignità del cadavere e dei parenti. Il corso a cui si fa riferimento non è stato organizzato né patrocinato dalla nostra società che organizza tutti eventi solo in Italia».

In pochi minuti Pomara, responsabile del convegno, viene travolto dalle critiche. Lui si difende: «Si è lavorato per una settimana a tecniche di dissezione difficilissime, anche più di 12 ore al giorno in sala anatomica per sfruttare al massimo il tempo a disposizione – sottolinea –. Tali sforzi non possono essere mortificati da pochi secondi di un video che riprende un momento distensivo necessario a stemperare la tensione derivante dalle delicatissime attività formative che si stavano svolgendo».

Per il docente «il video è stato realizzato in una pausa necessaria da

un punto di vista didattico dopo sette ore di sezioni anatomiche difficilissime che hanno richiesto una concentrazione enorme». E aggiunge: «Non voglio tergiversare e non posso che scusarmi, anche a nome di tutti i presenti, non tanto per l'accaduto, ma per il fatto che lo stesso sia stato diffuso illegalmente e dato in pasto ai social e ai media in maniera tale da potere ingenerare forse qualche turbamento».

«Non si è trattato di una autopsia giudiziaria né di un riscontro diagnostico», è la sua difesa. Le immagini, riprese da qualcuno all'interno dell'aula, sono però finite nelle chat di altri professori e medici legali. «Ho dato mandato ai miei avvocati di tutelarmi nelle opportune sedi – conclude Pomara –. Per la diffusione illegale del filmato interno realizzato in una pausa di una esercitazione e quindi assolutamente avulso dal contesto professionale medico legale». Ma molti suoi colleghi non la pensano così.

**Lui si difende:
“Volevo stemperare la
tensione”. La Simla:
intervenga il ministro**

