

2 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



31/03/2024

Nuove tariffe in vigore dal 2025 Screening, il governo rassicura

ENRICO NEGROTTI

Come prefigurato la scorsa settimana, slitta ancora l'adozione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea). Infatti la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa sul decreto dei ministri della Salute, Orazio Schillaci, e dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, per prorogare al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale e protesica, nonostante i rilievi negativi della Ragioneria dello Stato, che ha ricordato che alle Regioni negli anni scorsi sono già stati erogati oltre 3 miliardi di euro per l'aggiornamento dei Lea. È stata quindi accolta la richiesta di rinvio, venuta dalle Regioni ascoltando molti operatori sia dei laboratori analisi sia della sanità privata accreditata. Di «dimostrazione di responsabilità» parla padre Virginio Bebber, presidente dell'Associazione religiosa istituti sociosanitari (Aris). Contrariate invece le associazioni dei malati, per i quali le nuove prestazioni previste nei Lea approvati nel 2017 non sono ancora esigibili a livello nazionale. Tra queste alcune terapie innovative, come l'adroterapia contro i tumori o alcuni strumenti di riabilitazione ad alta tecnologia. Il ministro Schillaci aveva ammesso che non tutte le tariffe previste dal nuovo Nomenclatore appaiono adeguate, ma è un fatto che non è stato possibile trovare con le Regioni alcuna "soluzione ponte" che garantisse, accanto alle necessità degli operatori economici, anche quelle sanitarie dei malati.

E se alcune prestazioni probabilmente sono state mal remunerate, e quindi una correzione del tariffario si rende indispensabile, altre, soprattutto quelle relative alla diagnostica di laboratorio, sono figlie di una riorganizzazione prevista per legge, e ratificata nel 2011 dalla Conferenza Stato-Regioni. In base a questa norma, le Regioni dovrebbero concedere l'accreditamento solo a quei laboratori analisi in grado di effettuare almeno 200mila prestazioni l'anno. Questo permetterebbe loro di avere una massa critica in grado di compensare eventuali abbassamen-

ti di rimborso di alcune prestazioni laboratoristiche. Tuttavia la misura non è stata ancora messa in atto da tutte le Regioni, e di proroga in proroga, l'adeguamento ai nuovi criteri dovrà essere completato entro la fine del 2024.

Particolarmente rumorosa era stata la scorsa settimana la protesta delle associazioni dei laboratori analisi, riunite sotto la sigla Uap (Unione ambulatori e poliambulatori), che comprende Confapi Salute, università e ricerca, Anisap, Federlab Italia, Associazione imprese sanitarie indipendenti (Aisi), Unindustria, Fenspat e Federlazio. Segnalavano che i rimborsi delle prestazioni previsti dal nuovo Nomenclatore non erano più remunerativi e avrebbero potuto indurre a rifiutare di eseguire prestazioni "anti economiche".

Altrettanto netta la protesta delle associazioni dell'ospitalità privata accreditata: oltre all'Aris, anche l'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) lamentava che la riduzione dei rimborsi delle prestazioni specialistiche potrebbe indurre a non effettuarle, allungando le liste d'attesa e mettendo in pericolo migliaia di posti di lavoro, anche di medici. La proroga è «una scelta coraggiosa quanto necessaria - ha aggiunto padre Bebber - anche se il provvedimento provoca l'ennesimo rinvio dell'entrata in vigore delle innovazioni apportate ai Lea. E questo è il rammarico che nasce da una situazione male impostata sin dall'inizio, che, è giusto ricordarlo, questo governo ha ereditato dagli immediati predecessori. Predecessori che non hanno tenuto certo in conto il danno che i tagli alle tariffe, operati chiaramente per ricavare i soldi necessari al finanziamento dei nuovi Lea, si sarebbero rivelati in-

sostenibili per le strutture convenzionate, al punto da obbligarle a negare le

prestazioni stesse per non correre il rischio di irrecuperabili buchi di bilancio».

Ribadiscono la loro delusione le associazioni dei pazienti.

«La soluzione alternativa - commenta Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva - da noi richiesta sul tema, nell'ottica di colmare gli squilibri dal punto di vista delle tariffe rimborsate alle strutture sanitarie senza penalizzare il diritto alla salute dei cittadini, non è stata trovata. A pagare il conto saranno, quindi, ancora una volta, i cittadini che non potranno accedere alle prestazioni, anche innovative, previste dai Lea del 2017 o potranno farlo soltanto in alcune aree del Paese, laddove i conti delle regioni lo permettono».

L'allarme è scattato in particolare sugli screening neonatali, come quello per l'atrofia muscolare spinale (Sma): «La diagnosi precoce - era l'appello di pochi giorni fa di Annalisa Scopinaro, presidente dell'Associazione Uniamo (che rappresenta i pazienti con malattia rara) - può diventare salvavita per i bambini colpiti, ora che esiste un farmaco efficace per le forme più gravi, purché somministrato presto».

Su questo tema è giunta una nota del direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, Americo Cicchetti: «Il rinvio dell'entrata in vigore dei nuovi tariffari non comporta alcun ritardo per l'avvio degli screening neonatali per malattie come la Sma. Il provvedimento è

infatti isorisorse, ovvero non prevede maggiori oneri per lo Stato». Spiega infatti Cicchetti che «dalla legge di bilancio 2019 sono state incrementate le risorse alle Regioni destinate agli screening neonatali. Alcune Regioni da tempo li hanno avviati, altre invece no ed è importante che garantiscano questo servizio. Il ministero della Salute è al fianco dei pazienti e pronto a suppor-

tare quelle Regioni che ancora oggi non hanno avviato gli screening pur esistendo la copertura finanziaria».

PIANETA SANITÀ

Accolta dal governo la richiesta di rinvio arrivata dalle Regioni. Bebber (Aris): la proroga è una dimostrazione di responsabilità. Cittadinanzattiva: così pagano soltanto gli utenti

Sui controlli neonatali la precisazione di Cicchetti, direttore Programmazione del ministero della Salute: «Nessun ritardo per le malattie come la Sma»



29 mar
2024

Bebber (Aris): «Da Schillaci e Regioni una dimostrazione di responsabilità civile». Poi: recuperare risorse in Pnrr ancor prima che in manovra

«Una dimostrazione di responsabilità». Così Padre Virginio Bebber, presidente dell'Aris, associazione tra le più attive nel manifestare l'inapplicabilità del nuovo tariffario in quanto insostenibile per le strutture convenzionate, ha commentato l'accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni quanto alla proroga dell'entrata in vigore del nuovo tariffario. «Una scelta coraggiosa quanto necessaria – ha aggiunto Padre Bebber – anche se il provvedimento provoca l'ennesimo rinvio dell'entrata in vigore delle innovazioni apportate ai Lea. E questo è il rammarico che nasce da una situazione male impostata sin dall'inizio, che, è giusto ricordarlo, questo Governo ha ereditato dagli immediati predecessori. Predecessori che non hanno tenuto certo in conto il danno che i tagli alle tariffe, operati chiaramente per ricavare i soldi necessari al finanziamento dei nuovi Lea, si sarebbero rivelati insostenibili per le strutture convenzionate, al punto da obbligarle a negare le prestazioni stesse per non correre il rischio di irrecuperabili buchi di bilancio».

Forse «un piccolo passo in più – ha tenuto a precisare P. Bebber – avrebbe reso più accettabile il provvedimento. Sin dal giorno in cui le Regioni, all'unanimità rifiutarono la proposta, a causa di sviste clamorose nella compilazione del tariffario e ne chiesero lo scivolo dell'entrata in vigore dal 1° gennaio al 1° aprile – parliamo di qualche mese fa – noi proponemmo un confronto con le parti ministeriali e regionali per rivedere le tariffe tagliate e raggiungere un sempre possibile accordo. Oggi forse non staremmo qui a tirare un sospiro di sollievo per lo scampato pericolo di dover dimezzare i servizi ai cittadini e, purtroppo, a dover invece assaporare l'amaro per il rinvio di tutte quelle prestazioni innovative per curare la gente, rese possibili dalle nuove acquisizioni tecnico-scientifiche».

Ora, secondo Bebber, bisogna mettere in campo tutta la buona volontà disponibile e sedersi a un unico tavolo per una strategia comune. Certo il nodo da sciogliere è dove trovare i soldi necessari a finanziare Lea e prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche nel più breve tempo possibile. Cercare qualche risparmio in altri progetti legati al Pnrr è sempre possibile, soprattutto se si comincia a pensare che investire in salute della popolazione non è una spesa ma è un guadagno sicuro. E forse – aggiungono dall'Aris – non sarebbe neppure necessario aspettare la Legge di Bilancio 2025 per agire. «Noi ci siamo e siamo pronti ad ogni forma di seria collaborazione per venire incontro ai bisogni della comunità italiana».



Aris: “Da Schillaci e Regioni una dimostrazione di responsabilità civile”

29 MAR - “Una dimostrazione di responsabilità”. Così Padre Virginio Bebber, Presidente dell'**ARIS** - Associazione tra le più attive nel manifestare l'inapplicabilità del nuovo tariffario in quanto insostenibile per le strutture convenzionate - ha commentato l'accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni quanto alla proroga dell'entrata in vigore del nuovo tariffario. “Una scelta coraggiosa quanto necessaria – ha aggiunto Padre Bebber – anche se il provvedimento provoca l'ennesimo rinvio dell'entrata in vigore delle innovazioni apportate ai LEA. E questo è il rammarico che nasce da una situazione male impostata sin dall'inizio, che, è giusto ricordarlo, questo Governo ha ereditato dagli immediati predecessori.

Predecessori che non hanno tenuto certo in conto il danno che i tagli alle tariffe, operati chiaramente per ricavare i soldi necessari al finanziamento dei nuovi LEA, si sarebbero rivelati insostenibili per le strutture convenzionate, al punto da obbligarle a negare le prestazioni stesse per non correre il rischio di irrecuperabili buchi di bilancio”.

Forse “un piccolo passo in più – ha tenuto a precisare P. Bebber – avrebbe reso più accettabile il provvedimento. Sin dal giorno in cui le regioni, all'unanimità rifiutarono la proposta, a causa di sviste clamorose nella compilazione del tariffario e ne chiesero lo scivolo dell'entrata in vigore dal 1° gennaio al 1° aprile – parliamo di qualche mese fa -, noi proponemmo un confronto con le parti ministeriali e regionali per rivedere le tariffe tagliate e raggiungere un sempre possibile accordo. Oggi forse non staremmo qui a tirare un sospiro di sollievo per lo scampato pericolo di dover dimezzare i servizi ai cittadini e, purtroppo, a dover invece assaporare l'amarezza per il rinvio di tutte quelle prestazioni innovative per curare la gente, rese possibili dalle nuove acquisizioni tecnico-scientifiche”.

Ora, secondo Bebber, bisogna mettere in campo tutta la buona volontà disponibile e sedersi ad un unico tavolo per una strategia comune. Certo il nodo da sciogliere è dove trovare i soldi necessari a finanziare LEA e prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche nel più breve tempo possibile. A cercare qualche risparmio in altri progetti legati al PNRR è sempre possibile, soprattutto se si comincia a pensare che investire in salute della popolazione non è una spesa ma è un guadagno sicuro. E forse non sarebbe neppure necessario aspettare la Legge di Bilancio 2025 per agire. “Noi ci siamo e siamo pronti ad ogni forma di seria collaborazione per venire incontro ai bisogni della comunità italiana”.

29 marzo 2024

DICHIARAZIONE

Sanità: p. Bebber (Aris), “proroga entrata in vigore nuovo tariffario è dimostrazione di responsabilità”

30 Marzo 2024 @ 12:44

“Una dimostrazione di responsabilità”. Così p. Virginio Bebber, presidente **Aris** – associazione tra le più attive nel manifestare l’inapplicabilità del nuovo tariffario in quanto insostenibile per le strutture convenzionate – commenta l’accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni quanto alla proroga dell’entrata in vigore del nuovo tariffario. “Una scelta coraggiosa quanto necessaria – aggiunge –, anche se il provvedimento provoca l’ennesimo rinvio dell’entrata in vigore delle innovazioni apportate ai Lea. E questo è il rammarico che nasce da una situazione male impostata sin dall’inizio, che, è giusto ricordarlo, questo Governo ha ereditato dagli immediati predecessori. Predecessori che non hanno tenuto certo in conto il danno che i tagli alle tariffe, operati chiaramente per ricavare i soldi necessari al finanziamento dei nuovi Lea, si sarebbero rivelati insostenibili per le strutture convenzionate, al punto da obbligarle a negare le prestazioni stesse per non correre il rischio di irrecuperabili buchi di bilancio”.

Forse “un piccolo passo in più – precisa Bebber – avrebbe reso più accettabile il provvedimento. Sin dal giorno in cui le regioni all’unanimità rifiutarono la proposta, a causa di sviste clamorose nella compilazione del tariffario e ne chiesero lo scivolone dell’entrata in vigore dal 1° gennaio al 1° aprile – parliamo di qualche mese fa -, noi proponemmo un confronto con le parti ministeriali e regionali per rivedere le tariffe tagliate e raggiungere un sempre possibile accordo. Oggi forse non staremmo qui a tirare un sospiro di sollievo per lo scampato pericolo di dover dimezzare i servizi ai cittadini e, purtroppo, a dover invece assaporare l’amaro per il rinvio di tutte quelle prestazioni innovative per curare la gente, rese possibili dalle nuove acquisizioni tecnico-scientifiche”.

Ora, secondo Bebber, bisogna “mettere in campo tutta la buona volontà disponibile e sedersi ad un unico tavolo per una strategia comune”. Il nodo da sciogliere è “dove trovare i soldi necessari a finanziare Lea e prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche nel più breve tempo possibile. Cercare qualche risparmio in altri progetti legati al Pnrr è sempre possibile, soprattutto se si comincia a pensare che investire in salute della popolazione non è una spesa ma è un guadagno sicuro. E forse non sarebbe neppure necessario aspettare la Legge di Bilancio 2025 per agire. Noi ci siamo – assicura il presidente **Aris** – e siamo pronti ad ogni forma di seria collaborazione per venire incontro ai bisogni della comunità italiana”.

SANITA': ARIS, SU TARIFFE 'DA SCHILLACI E REGIONI DIMOSTRAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE' =

Roma, 29 mar. (Adnkronos Salute) - "Una dimostrazione di responsabilità". Così Padre Virginio Bebber, presidente dell'Aras, associazione religiosa Istituti sociosanitari, tra le più attive nel manifestare l'inapplicabilità del nuovo tariffario, commenta l'accordo raggiunto in Conferenza Stato-Regioni sulla proroga dell'entrata in vigore del nuovo tariffario. "Una scelta coraggiosa quanto necessaria - ha aggiunto Padre Bebber - anche se il provvedimento provoca l'ennesimo rinvio dell'entrata in vigore delle innovazioni apportate ai Lea. E questo è il rammarico che nasce da una situazione male impostata sin dall'inizio, che, è giusto ricordarlo, questo Governo ha ereditato dagli immediati predecessori. Predecessori che non hanno tenuto certo in conto il danno che i tagli alle tariffe, operati chiaramente per ricavare i soldi necessari al finanziamento dei nuovi Lea, si sarebbero rivelati insostenibili per le strutture convenzionate, al punto da obbligarle a negare le prestazioni stesse per non correre il rischio di irrecuperabili buchi di bilancio".

Forse "un piccolo passo in più - precisa Padre Bebber - avrebbe reso più accettabile il provvedimento. Sin dal giorno in cui le regioni, all'unanimità rifiutarono la proposta, a causa di sviste clamorose nella compilazione del tariffario e ne chiesero lo scivolo dell'entrata in vigore dall'1 gennaio all'1 aprile, noi proponemmo un confronto con le parti ministeriali e regionali per rivedere le tariffe tagliate e raggiungere un sempre possibile accordo. Oggi forse non staremmo qui a tirare un sospiro di sollievo per lo scampato pericolo di dover dimezzare i servizi ai cittadini e, purtroppo, a dover invece assaporare l'amarezza - rimarca - per il rinvio di tutte quelle prestazioni innovative per curare la gente, rese possibili dalle nuove acquisizioni tecnico-scientifiche".

Ora, secondo Bebber, "bisogna mettere in campo tutta la buona volontà disponibile e sedersi ad un unico tavolo per una strategia comune.

Certo il nodo da sciogliere è dove trovare i soldi necessari a finanziare Lea e prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche nel più breve tempo possibile. Cercare qualche risparmio in altri progetti legati al Pnrr è sempre possibile, soprattutto se si comincia a pensare che investire in salute della popolazione non è una spesa ma è un guadagno sicuro. E forse non sarebbe neppure necessario aspettare la Legge di Bilancio 2025 per agire. Noi ci siamo e siamo pronti ad ogni forma di seria collaborazione per venire incontro ai bisogni della comunità italiana".

(Mad/Adnkronos Salute)

ISSN 2465 - 122

29-MAR-24 17:47 .

NNNN

>>>ANSA/Nuove cure garantite slittano al 2025,rinvio per tariffe

Lea previsti da 1 aprile. Donini, proroga su richiesta Regioni (ANSA) - ROMA, 26 MAR - Slittano ancora i nuovi Livelli essenziali di assistenza Lea, le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket, aggiornati nel 2017 ma ancora non disponibili. L'entrata in vigore del relativo tariffario, dopo le proteste di varie organizzazioni della sanità privata accreditata e dei laboratori per i tagli che erano stati previsti alle tariffe di rimborso per le strutture, dovrebbe infatti essere posticipata dal primo aprile 2024 al primo gennaio 2025. La conferma arriva dal coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni Raffaele Donini.

"Uscirà un decreto che prorogherà, su richiesta di alcune Regioni e con la disponibilità di tutte le altre, l'entrata in vigore dei nuovi Lea", ha detto Donini, anche assessore alla sanità della Regione Emilia-Romagna. La proroga dovrebbe essere appunto all'1 gennaio 2025. Contestualmente al decreto, si terrà anche una conferenza Stato-Regioni straordinaria.

L'entrata in vigore del tariffario era prevista già dal primo gennaio 2024, ma è stata rinviata al primo aprile ed ora si va verso l'ulteriore proroga al 2025. Il nodo sono i tagli previsti alle tariffe di alcune prestazioni, e dunque i conseguenti minori rimborsi che sarebbero così garantiti alle strutture sanitarie che le erogano. Uno scenario che ha suscitato l'accesa protesta di varie strutture private convenzionate con il Servizio sanitario, come l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), e dei laboratori di analisi. La rimodulazione delle tariffe, chiarisce l'Aris, prevede tagli ai rimborsi per le strutture pari al 30-40% per molte prestazioni ed il rischio è che le strutture non reggano: "A queste condizioni, non sarebbe più garantito almeno il 50% delle prestazioni ambulatoriali in un anno". Da qui il rinvio per una rivalutazione delle tariffe. Al momento, dunque, i Lea disponibili sono quelli risalenti al 2001 e solo poche regioni hanno deciso di garantire alcune delle prestazioni dei Lea aggiornati al 2017 attingendo da fondi propri. Fra le prestazioni incluse nei Lea del 2017 vi sono ad esempio le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, la diagnosi e monitoraggio della celiachia, gli screening neonatali per alcune patologie, gli ausili informatici e di comunicazione per disabili, i presidi avanzati per le disabilità motorie. Sono 2.108 le prestazioni garantite con i nuovi Lea, rispetto alle 1702 della versione precedente, e la spesa prevista è di 402 milioni di euro. Tra le nuove procedure diagnostiche e terapeutiche introdotte anche l'adroterapia, un nuovo tipo di radioterapia innovativa che si avvale degli ioni carbonio o dei protoni per il trattamento di alcuni tumori. Ed ancora: per la riabilitazione motoria sono previsti nuovi apparecchi di assistenza robotizzati ad alta tecnologia e tante novità riguardano anche l'assistenza protesica con, tra l'altro, arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo. (ANSA).

CR

26-MAR-24 18:42 NNNN

Altri lanci della stessa sequenza di notizie:

PMI) Sanita': Bebber (Aris), slittamento tariffe Lea scelta necessaria

Il Sole 24 Ore Radiocor Plus) - Roma, 29 mar - 'Una dimostrazione di responsabilita'. Così Padre Virginio Bebber, presidente dell'Aris, associazione tra le più attive nel manifestare l'inapplicabilità del nuovo tariffario sui livelli essenziali di assistenza (Lea) che la Conferenza Stato-Regioni ha deciso di procrastinare al 1 gennaio 2025.

'Una scelta coraggiosa quanto necessaria - aggiunge - anche se il provvedimento provoca l'ennesimo rinvio dell'entrata in vigore delle innovazioni apportate ai Lea. E questo è il rammarico che nasce da una situazione male impostata sin dall'inizio, che questo Governo ha ereditato dai predecessori. Predecessori che non hanno tenuto certo in conto il danno che i tagli alle tariffe, operati chiaramente per ricavare i soldi necessari al finanziamento dei nuovi Lea, si sarebbero rivelati insostenibili per le strutture convenzionate, al punto da obbligarle a negare le prestazioni stesse per non correre il rischio di irrecuperabili buchi di bilancio'.

com-Bag (RADIOCOR) 29-03-24 19:54:50 (0283)SAN 5 NNNN



La salute come fondamentale diritto per una riforma della sanità – Venerdì alle 9.30 diretta webtv



By —29 Marzo 2024 Nessun commento 2 Mins Read

(AGENPARL) - Roma, 29 Marzo 2024

(AGENPARL) – ven 29 marzo 2024 art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana
per una riforma della Sanità

5 Aprile 2024

ore 09:30-14:00

Nuova Aula dei Gruppi Parlamentari

Gruppo Camera dei Deputati Forza Italia – Berlusconi Presidente – PPE

08:30

Registrazione Partecipanti

09:30

Paolo Barelli

Maurizio Gasparri

Capogruppo Forza Italia Camera

Capogruppo Forza Italia Senato

Annarita Patriarca Segretario di Presidenza della Camera dei deputati

Antonio Tajani

Segretario Nazionale di Forza Italia, Vice Presidente Consiglio dei Ministri

10:00

Ugo Cappellacci Presidente Commissione Affari Sociali Camera

Letizia Moratti Presidente Consulta di Forza Italia

Orazio Schillaci Ministro della Salute

10:30 Lo scenario del Servizio Sanitario Nazionale

Francesco Cognetti

Presidente ConFederazione Oncologi, Cardiologi e Ematologi,

Coordinatore Forum Società Scientifiche, Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani

10:45 L'opinione del Giurista

Sabino Cassese Giurista

10:50 L'esperienza delle Regioni

Vito Bardi Presidente Regione Basilicata

Alberto Cirio Presidente Regione Piemonte

Roberto Occhiuto Presidente Regione Calabria

Francesco Roberti Presidente Regione Molise

Renato Schifani Presidente Regione Sicilia

>> segue

Gruppo Camera dei Deputati Forza Italia – Berlusconi Presidente – PPE

11:20

I protagonisti sul campo

Filippo Anelli Presidente Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Silvestro Scotti Segretario Nazionale Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Pierino Di Silverio Segretario Nazionale Associazione Nazionale Aiuti Assistenti Ospedalieri

David Lazzari Presidente nazionale dell'Ordine degli Psicologi

Barbara Mangiacavalli Presidente Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

Anna Lisa Mandorino Segretario Generale Cittadinanzattiva

Conclusioni:

12:10

Sanità di Forza Italia,

Andrea Mandelli Dipartimento

Presidente Federazione Ordini Farmacisti Italiani

Il ruolo dei privati

Mauro Casanatta Direttore Generale Associazione italiana Ospedalità Privata – Lazio

Michele Bellomo Consigliere Nazionale [Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari](#)

Daniela Bianco Partner e Responsabile area Healthcare – The European House

12:30 Il ruolo della ricerca, dell'innovazione e dell'intelligenza artificiale

Sergio Abrignani Patologia Generale Università di Milano

Marcello Cattani Presidente Farindustria

Paolo Corradini Presidente Società Italiana di Ematologia

Antonio Gasbarrini Preside Facoltà Medicina Università Cattolica Sacro Cuore

Francesca Pasinelli Direttore Generale Fondazione Telethon

Alessandra Pedrocchi Elettronica, Informazione e Bioingegneria Politecnico – Milano

Conclusioni:

Pasquale Perrone Filardi Presidente Società Italiana di Cardiologia

13:20 L'assistenza agli anziani: La nuova Legge

Mons. Vincenzo Paglia Presidente Pontificia Accademia per la Vita

La salute mentale e la lotta alle dipendenze

Claudio Mencacci Presidente Società Italiana di Neuropsicofarmacologia

13:30

Anna Maria Bernini

Ministro dell'Università e della Ricerca

AVVENIRE DI CALABRIA

Sanità: p. Bebber (Aris), “proroga entrata in vigore nuovo tariffario è dimostrazione di responsabilità”

di Redazione Web

30 Marzo 2024

“Una dimostrazione di responsabilità”. Così p. Virginio Bebber, presidente **Aris** – associazione tra le più attive nel manifestare l’inapplicabilità del nuovo tariffario in quanto insostenibile per le strutture convenzionate – commenta l’accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni quanto alla proroga dell’entrata in vigore del nuovo tariffario. “Una scelta coraggiosa quanto necessaria – aggiunge –, anche se il provvedimento provoca l’ennesimo rinvio dell’entrata in vigore delle innovazioni apportate ai Lea. E questo è il rammarico che nasce da una situazione male impostata sin dall’inizio, che, è giusto ricordarlo, questo Governo ha ereditato dagli immediati

predecessori. Predecessori che non hanno tenuto certo in conto il danno che i tagli alle tariffe, operati chiaramente per ricavare i soldi necessari al finanziamento dei nuovi Lea, si sarebbero rivelati insostenibili per le strutture convenzionate, al punto da obbligarle a negare le prestazioni stesse per non correre il rischio di irrecuperabili buchi di bilancio”.

Forse “un piccolo passo in più – precisa Bebber – avrebbe reso più accettabile il provvedimento. Sin dal giorno in cui le regioni, all’unanimità rifiutarono la proposta, a causa di sviste clamorose nella compilazione del tariffario e ne chiesero lo scivolo dell’entrata in vigore dal 1° gennaio al 1° aprile – parliamo di qualche mese fa -, noi proponemmo un confronto con le parti ministeriali e regionali per rivedere le tariffe tagliate e raggiungere un sempre possibile accordo. Oggi forse non staremmo qui a tirare un sospiro di sollievo per lo scampato pericolo di dover dimezzare i servizi ai cittadini e, purtroppo, a dover invece assaporare l’amarrezza per il rinvio di tutte quelle prestazioni innovative per curare la gente, rese possibili dalle nuove acquisizioni tecnico-scientifiche”.

Ora, secondo Bebber, bisogna “mettere in campo tutta la buona volontà disponibile e sedersi ad un unico tavolo per una strategia comune”. Il nodo da sciogliere è” dove trovare i soldi necessari a finanziare Lea e prestazioni specialistiche ambulatoriali e protesiche nel più breve tempo possibile. Cercare qualche risparmio in altri progetti legati al Pnrr è sempre possibile, soprattutto se si comincia a pensare che investire in salute della popolazione non è una spesa ma è un guadagno sicuro. E forse non sarebbe neppure necessario aspettare la Legge di Bilancio 2025 per agire. Noi ci siamo – assicura il presidente **Aris** – e siamo pronti ad ogni forma di seria collaborazione per venire incontro ai bisogni della comunità italiana”.

Fonte: Agensir

02/04/2024

Esami e visite, hanno vinto i privati «I nuovi ticket slittano al 2025»

Caraccio (Anisap) e Piccinini (Aris): «Taglio sui rimborsi, saranno rivisti»

VENEZIA Alla fine hanno vinto gli ambulatori privati convenzionati: le nuove tariffe per visite ed esami di specialistica ambulatoriale e protesica che sarebbero dovute entrare in vigore ieri, in virtù di una prima proroga rispetto al via libera inizialmente fissato al primo gennaio dalla Conferenza Stato-Regioni, slitta ancora. Esattamente al primo gennaio 2025. Lo ha stabilito un secondo decreto firmato dal ministro della Salute, Orazio Schilacci, dopo il nuovo via libera in Conferenza Stato-Regioni al posticipo di un nomenclatore che uniforma a livello nazionale i prezzi finora diversi regione per regione e soprattutto fermi al 1996 per la specialistica ambulatoriale e al 1999 per la protesica. Ma che, secondo i privati, avrebbero ridotto i rimborsi loro destinati al punto da rendere impossibile continuare ad erogare metà delle attuali prestazioni in convenzione.

La protesta è sfociata nella manifestazione nazionale organizzata il 20 marzo a Roma, cui ha partecipato una nutrita rappresentanza del Veneto. «Ci siamo ribellati a quello che si sarebbe trasformato in un taglio dei rimborsi pari al 50%-60% rispetto a un tariffario comunque già vecchio e quindi non adeguato agli attuali costi sostenuti dai nostri centri per funzionare — spiega Giuseppe Caraccio, presidente per Veneto e Trentino Alto Adige di Anisap, sigla dei privati accreditati —. È vero che con la Regione stavamo cercando di aggiustare alcune voci, ma non saremmo riusciti a modificarle tutte (le prestazioni con ticket crescono dalle 1.702 del 1996 a 2.108, più le 1.063 della protesica, ndr). Le decurtazioni più evidenti riguardano la diagno-

stica strumentale: per esempio per una radiografia al torace avremmo ricevuto dall'Usl di riferimento un rimborso di 15 euro, per una Tac 70/80 euro. Importi con i quali non avremmo potuto pagare nemmeno il radiologo o il tecnico». Prospettiva contestata pure dai laboratori di analisi e dall'Aris, l'Associazione religiosa istituti sociosanitari, il cui presidente per il Triveneto, Mario Piccinini, è l'amministratore delegato dell'Ircs «Sacro Cuore Don Calabria» di Negrar. E sottolinea: «Sarebbe stata una sconfitta per tutti, in primo luogo per i pazienti, perché le nuove tariffe ci avrebbero impedito di garantire in regime di convenzione la metà delle prestazioni finora assicurate, quindi le liste d'attesa si sarebbero ulteriormente allungate. Le spese di produzione risultavano superiori ai rimborsi, sarebbe stato impossibile per le nostre imprese restare a galla lavorando largamente sottocosto. Ora ci sono nove mesi per arrivare a soluzioni congrue e anche noi potremo dire la nostra, siamo già stati consultati diverse volte dalla Regione».

«Il Veneto era pronto per il primo aprile — dichiara Manuela Lanzarin, assessore alla Sanità — avevamo già fatto una serie di incontri tecnici e la mission era di non creare difficoltà né ai cittadini né ai privati convenzionati, visto anche il difficile momento storico. Era la linea che stavamo perseguendo, avevamo approntato una serie di questioni operative, poi la discussione a livello nazionale con le al-

tre Regioni ha messo in luce gravi difficoltà, soprattutto per le giunte in piano di rientro, allora in commissione Salute tutti abbiamo chiesto un'ulteriore proroga. Che dev'essere propedeutica a risolvere nodi sia operativi, come l'introduzione di un nuovo software, sia legati alle nuove tariffe. La nostra direttrice rimane la stessa — aggiunge l'assessore — non ci devono essere problemi di funzionalità nel passaggio dal vecchio al nuovo nomenclatore, né balzelli a carico degli utenti. E poi vogliamo andare incontro alle esigenze dei privati accreditati convenzionati». Per il cittadino resta il ticket di 36,15 euro per le prestazioni che costano da questo importo in su (il resto lo mette la Regione). Esami e visite sotto tale cifra rimangono totalmente a carico del paziente.

M.N.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

02/04/2024

Esami e visite, hanno vinto i privati «I nuovi ticket slittano al 2025» Caraccio (Anisap) e Piccinini (Aris): «Taglio sui rimborsi, saranno rivisti»

VENEZIA Alla fine hanno vinto gli ambulatori privati convenzionati: le nuove tariffe per visite ed esami di specialistica ambulatoriale e protesica che sarebbero dovute entrare in vigore ieri, in virtù di una prima proroga rispetto al via libera inizialmente fissato al primo gennaio dalla Conferenza Stato-Regioni, slitta ancora. Esattamente al primo gennaio 2025. Lo ha stabilito un secondo decreto firmato dal ministro della Salute, Orazio Schilacci, dopo il nuovo via libera in Conferenza Stato-Regioni al posticipo di un nomenclatore che uniforma a livello nazionale i prezzi finora diversi regione per regione e soprattutto fermi al 1996 per la specialistica ambulatoriale e al 1999 per la protesica. Ma che, secondo i privati, avrebbero ridotto i rimborsi loro destinati al punto da rendere impossibile continuare ad erogare metà delle attuali prestazioni in convenzione.

La protesta è sfociata nella manifestazione nazionale organizzata il 20 marzo a Roma, cui ha partecipato una nutrita rappresentanza del Veneto. «Ci siamo ribellati a quello che si sarebbe trasformato in un taglio dei rimborsi pari al 50%-60% rispetto a un tariffario comunque già vecchio e quindi non adeguato agli attuali costi sostenuti dai nostri centri per funzionare — spiega Giuseppe Caraccio, presidente per Veneto e Trentino Alto Adige di Anisap, sigla dei privati accreditati —. È vero che con la Regione stavamo cercando di aggiustare alcune voci, ma non saremmo riusciti a modificarle tutte (le prestazioni con ticket crescono dalle 1.702 del 1996 a 2.108, più le 1.063 della protesica, ndr). Le decurtazioni più evidenti riguardano la diagno-

stica strumentale: per esempio per una radiografia al torace avremmo ricevuto dall'Usl di riferimento un rimborso di 15 euro, per una Tac 70/80 euro. Importi con i quali non avremmo potuto pagare nemmeno il radiologo o il tecnico». Prospettiva contestata pure dai laboratori di analisi e dall'Aris, l'Associazione religiosa istituti sociosanitari, il cui presidente per il Triveneto, Mario Piccinini, è l'amministratore delegato dell'Irccs «Sacro Cuore Don Calabria» di Negrar. E sottolinea: «Sarebbe stata una sconfitta per tutti, in primo luogo per i pazienti, perché le nuove tariffe ci avrebbero impedito di garantire in regime di convenzione la metà delle prestazioni finora assicurate, quindi le liste d'attesa si sarebbero ulteriormente allungate. Le spese di produzione risultavano superiori ai rimborsi, sarebbe stato impossibile per le nostre imprese restare a galla lavorando largamente sottocosto. Ora ci sono nove mesi per arrivare a soluzioni congrue e anche noi potremo dire la nostra, siamo già stati consultati diverse volte dalla Regione».

«Il Veneto era pronto per il primo aprile — dichiara Manuela Lanzarin, assessore alla Sanità — avevamo già fatto una serie di incontri tecnici e la mission era di non creare difficoltà né ai cittadini né ai privati convenzionati, visto anche il difficile momento storico. Era la linea che stavamo perseguendo, avevamo approntato una serie di questioni operative, poi la discussione a livello nazionale con le al-

tre Regioni ha messo in luce gravi difficoltà, soprattutto per le giunte in piano di rientro, allora in commissione Salute tutti abbiamo chiesto un'ulteriore proroga. Che dev'essere propedeutica a risolvere nodi sia operativi, come l'introduzione di un nuovo software, sia legati alle nuove tariffe. La nostra direttrice rimane la stessa — aggiunge l'assessore — non ci devono essere problemi di funzionalità nel passaggio dal vecchio al nuovo nomenclatore, né balzelli a carico degli utenti. E poi vogliamo andare incontro alle esigenze dei privati accreditati convenzionati». Per il cittadino resta il ticket di 36,15 euro per le prestazioni che costano da questo importo in su (il resto lo mette la Regione). Esami e visite sotto tale cifra rimangono totalmente a carico del paziente.

M.N.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

31/03/2024

Spostata al prossimo anno l'applicazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza: per ora non vi rientreranno i Pma La Regione: «La decisione? È una responsabilità del governo

Lea, tariffario rinviato al 2025 Palese: «Ma noi eravamo pronti»

Andrea TAFURO

Rinviata al 2025 l'applicazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket. La scelta del Governo Meloni, varata nella conferenza Stato-Regioni, riguarda anche la Puglia che era in attesa del nuovo piano per veder inserito tra i Lea anche le prestazioni sanitarie legate alla Pma (procreazione medicalmente assistita). Il catalogo che definisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, che doveva entrare in vigore dal prossimo primo aprile (dopo un primo slittamento rispetto al gennaio di quest'anno) è dunque slittato ancora al prossimo anno. Uno stop improvviso, legato probabilmente alle proteste soprattutto dei laboratori e delle associazioni private per le riduzioni delle tariffe di alcune prestazioni, e dunque i conseguenti minori rimborsi che sarebbero erogati alle strutture. La rimodulazione delle tariffe, secondo un'analisi prodotta da **Aris** (associazione religiosa istituti socio-sanitari), a conti fatti prevede minori rimborsi, pari al 30-40%, per molte prestazioni, tra queste anche esami importanti quali mammografie, colonoscopie e visite cardiologiche.

Al momento, dunque, i Lea disponibili sono quelli risalenti al 2001 e solo poche regioni hanno deciso di garantire alcu-

ne delle prestazioni dei Lea aggiornati al 2017 attingendo da fondi propri. «La Puglia era pronta a partire con l'applicazione dei nuovi Lea – afferma l'assessore regionale alla Salute, Rocco Palese – quindi del nuovo stop, di natura economico-amministrativo, se ne assume la responsabilità il Governo. Senza alcuna polemica – aggiunge – è bene precisare che i sistemi informatici delle Regioni erano preparati al cambio di tariffario, che ora invece è stato ulteriormente posticipato creando disagi ai cittadini e spostando al prossimo anno la copertura di prestazioni importanti, come la Pma per la Puglia, che sono in attesa di entrare nei Lea».

Nella nuova formulazione le prestazioni garantite diverrebbero 2.108, rispetto alle 1.702 della versione prorogata, mentre la spesa prevista è di 402 milioni di euro. Critico sulla scelta di posticipare il nuovo tariffario anche il consigliere regionale Fabiano Amati, presidente della commissione regionale bilancio e programmazione. «Ma perché nessuno urla lo sdegno? Dove sono tutti i partiti? Il rinvio è una sciagura perché a essere rinviate sono decine di nuove prestazioni sanitarie innovative a carico del servizio sanitario nazionale e iniziative di risparmio delle spese sulle vecchie prestazioni. Infatti. Perché entrino in vigore i nuovi Lea occorre un decreto di tariffazione, ma su questo c'è la protesta delle strutture convenzionate che non accettano la riduzione delle tariffe

per le vecchie prestazioni, nonostante questa sia la conseguenza naturale di un ovvio processo di standardizzazione delle prestazioni e relativo abbattimento dei costi. E per questo balletto c'è il serio rischio che 406 nuove prestazioni, su un totale di 2.108, non sarà possibile erogarle a carico del servizio sanitario nazionale, salvo che le regioni - a esclusione di quelle come la Puglia in piano di rientro od operativo - non pongano le prestazioni a carico del bilancio autonomo». Nuovi tariffari sui livelli essenziali di assistenza (Lea) in attesa quindi da 7 anni pensati nel 2017. «Non sono ancora in vigore – prosegue Amati – ma sono già vecchi e dovrebbero essere aggiornati. Eppure la Corte costituzionale aveva emesso un monito nei confronti del Governo nazionale per velocizzare il processo d'introduzione, in occasione di un giudizio riguardante la Puglia sulla legge per il sequenziamento dell'esoma. Questa è una situazione razionalmente insostenibile, capace di generare assieme minori cure e maggiori spese».

Lo stop potrebbe essere legato alle proteste di associazioni private e laboratori

02/04/2024

Nei giorni scorsi la protesta dei privati Il governo: «Una transizione graduale»

I livelli essenziali di assistenza, i Lea appunto, sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (il ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso le tasse.

L'ennesima proroga per i nuovi Lea, la cui entrata in vigore era inizialmente per ieri e poi è stato deciso un ulteriore rinvio al 2025, si è resa necessaria, è scritto nel decreto, "a fronte dell'espressa richiesta di un cospicuo numero di Regioni di prorogare l'entrata in vigore delle tariffe di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica al 1° gennaio 2025 e della correlata disponibilità delle restanti Regioni al riguardo".

L'obiettivo sarà quindi quello "di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe, assicurando nel contempo una graduale transizione al nuovo tariffario".

Il nodo sono quindi i tagli alle tariffe di alcune prestazioni, e dunque i conseguenti minori rimborsi che sarebbero così garantiti alle strutture sanitarie che le erogano. Uno scenario che aveva suscitato l'accesa protesta di varie strutture private convenzionate con il Servizio sanita-

rio, come l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), e dei laboratori di analisi. La rimodulazione delle tariffe, chiarisce l'Aris, prevede tagli ai rimborsi per le strutture pari al 30-40% per molte prestazioni, tra queste anche esami importanti quali mammografie, colonscopie e visite cardiologiche. Il rischio, denuncia l'associazione, è che le strutture non reggano: «A queste condizio-

ni, non sarebbe più garantito almeno il 50% delle prestazioni ambulatoriali in un anno». Il pericolo, aveva avvertito nei giorni scorsi il sindacato Snabilp Federbiologi, è anche «la perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro».

Al momento, dunque, i Lea disponibili sono quelli risalenti al 2001 e solo poche regioni hanno deciso di garantire alcune delle prestazioni

dei Lea aggiornati al 2017 attingendo da fondi propri. Cittadinanzattiva aveva chiesto che il decreto Tariffe entrasse in vigore, come previsto, dal primo aprile: «I diritti dei cittadini non meritano altre proroghe, ma garanzia di esigibilità su tutto il territorio». Su questo punto Cittadinanzattiva, con oltre 90 associazioni di pazienti, aveva scrit-

to al ministro. Fra le prestazioni incluse nei Lea del 2017 che la proroga ha reso inesigibili, spiegava Cittadinanzattiva, le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, la diagnosi e monitoraggio della celiachia, gli screening neonatali per alcune patologie, gli ausili informatici e di comunicazione per disabili, i presidi avanzati per le disabilità motorie».

Sono 2.108 le prestazioni garantite con i nuovi Lea, rispetto alle 1702 della versione precedente, e la spesa prevista è di 402 milioni di euro. Numerose le nuove procedure diagnostiche e terapeutiche introdotte, come ad esempio l'adroterapia, un nuovo tipo di radioterapia assolutamente innovativa che si avvale degli ioni carbonio o dei protoni per il trattamento di alcuni tumori. Ed ancora: per la riabilitazione motoria sono previsti nuovi apparecchi di assistenza robotizzati ad alta tecnologia e tante novità riguardano anche l'assistenza protesica con, tra l'altro, arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo.

**Il nodo è
rappresentato
dai tagli
alle tariffe
di alcune
prestazioni**



Il Consiglio dei ministri

ECONOMIA | 29 marzo 2024, 12:53

Accordo sindacale alla Residenza di Rodello: per i 150 dipendenti aumenti sino a 5mila euro all'anno

Concordato il passaggio al contratto Aris/Aiop Sanità Privata. Per l'ente previsto un investimento a regime di oltre 500mila euro entro la fine del 2025



E' stato firmato nei giorni scorsi un importante accordo sindacale tra le organizzazioni sindacali Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl, i rappresentanti sindacali aziendali e la direzione del Centro di Riabilitazione e Casa di Cura Fondazione dei Santi Lorenzo e Teobaldo Residenza Rodello. Presso la Fondazione lavorano 150 dipendenti e complessivamente consta di oltre 200 posti-letto.

Per la Fp Cgil Giovanna Cresci, la Cisl Fp Giuseppe Vancleeff e la Uil Fpl Fulvio Marchiori: "Le parti, su richiesta sindacale hanno concordato infatti il passaggio, nell'applicazione contrattuale per tutti i lavoratori anche neoassunti, da quello di **Aris** Rsa a quello migliorativo di Aris/Aiop Sanità Privata, sottoscritto da tutte le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Un Contratto Nazionale quello che verrà applicato alle lavoratrici ed ai lavoratori che in termini economici e di tutele può legittimamente essere considerato il migliore tra quelli in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale ed assimilabile a livello retributivo e non solo a quello della sanità pubblica".

In tal senso i beneficiari dell'accordo avranno un incremento medio annuo che oscilla tra gli oltre 3.000 euro e fino ad arrivare a oltre 5.000 euro di aumento salariale.

A livello normativo si avrà una riduzione dell'orario di lavoro da 38 a 36 ore settimanali, un miglioramento delle tutele su malattia e permessi e viene valorizzata la professionalità e anzianità di servizio attraverso il possibile riconoscimento economico delle stesse maturate nel tempo. Tale operazione prevede per l'ente un investimento a regime, entro la fine del 2025, di oltre 500mila euro.

Le segreterie provinciali esprimono "soddisfazione per il risultato raggiunto, soprattutto in una fase storica molto complessa per il potere d'acquisto delle retribuzioni e nella quale si continua a tagliare su sanità e socio-assistenziale". Gli stessi sindacati tengono a "ringraziare anche l'Amministrazione che in controtendenza ad altre realtà ha accettato la nostra richiesta e deciso di investire sul proprio personale puntando a una valorizzazione economica dei salari, invertendo il trend del 'dumping' contrattuale che nel settore ci troviamo spesso ad affrontare". Ulteriore nota positiva in questo quadro, "la mobilitazione delle organizzazioni sindacali, che hanno ottenuto con l'accordo raggiunto in Regione il convenzionamento per le strutture che applicano i contratti nazionali firmati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative".

GAZZETTA D'ALBA

Raggiunto l'accordo tra la casa di cura di Rodello e i sindacati per i lavoratori

🕒 29 Marzo 2024 📍 Langhe ♿ Versione accessibile



RODELLO È stato firmato nei giorni scorsi un importante accordo sindacale tra le organizzazioni sindacali Fp Gil, Cisl Fp, Uil Fp, i rappresentanti sindacali aziendali e la direzione del centro di riabilitazione e casa di cura fondazione dei Santi Lorenzo e Teobaldo residenza R0dello. Nella struttura lavorano 150 dipendenti e ci sono oltre 200 posti letto.

Per la Fp Cgil Giovanna Cresci, la Cisl Fp Giuseppe Vancleeff e la Uil Fpl Fulvio Marchiori: «Le parti, su richiesta sindacale hanno concordato il passaggio, nell'applicazione contrattuale per tutti i lavoratori anche neoassunti, da quello di **Aris Rsa** a quello migliorativo di Aris/Aiop sanità privata, sottoscritto da tutte le organizzazioni sindacali più rappresentative. Un contratto nazionale quello che verrà applicato alle lavoratrici e ai lavoratori che in termini economici e di tutele può legittimamente essere considerato il migliore tra quelli in ambito sociosanitario e socioassistenziale e assimilabile a livello retributivo, e non solo, a quello della sanità pubblica».

Poi continuano: «In tal senso i beneficiari dell'accordo avranno un incremento medio annuo che oscilla tra gli oltre 3.000 euro, fino ad arrivare a oltre 5.000 euro di aumento salariale. A livello normativo si avrà una riduzione dell'orario di lavoro da 38 a 36 h settimanali, un miglioramento delle tutele su malattia e permessi e viene valorizzata la professionalità ed anzianità di servizio attraverso il possibile riconoscimento economico delle stesse maturate nel tempo».

Infine, concludono: «L'operazione prevede per l'Amministrazione dell'ente un investimento a regime, entro la fine del 2025, di oltre 500mila euro. Le segreterie provinciali esprimono soddisfazione per il risultato raggiunto, soprattutto in una fase storica molto complessa per il potere d'acquisto delle retribuzioni, nella quale si continua a tagliare, e tengono a ringraziare anche l'Amministrazione che in controtendenza ad altre realtà ha accettato la nostra richiesta».



targatocn.it
Quotidiano online della provincia di Cuneo

Edizione locale **ilNazionale.it**

ECONOMIA | 29 marzo 2024, 12:53

Accordo sindacale alla Residenza di Rodello: per i 150 dipendenti aumenti sino a 5mila euro all'anno



Concordato il passaggio al contratto Aris/Aiop Sanità Privata. Per l'ente previsto un investimento a regime di oltre 500mila euro entro la fine del 2025



E' stato firmato nei giorni scorsi un importante accordo sindacale tra le organizzazioni sindacali Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl, i rappresentanti sindacali aziendali e la direzione del Centro di Riabilitazione e Casa di Cura Fondazione dei Santi Lorenzo e Teobaldo Residenza Rodello. Presso la Fondazione lavorano 150 dipendenti e complessivamente consta di oltre 200 posti-letto.

Per la Fp Cgil Giovanna Cresci, la Cisl Fp Giuseppe Vancleeff e la Uil Fpl Fulvio Marchiori: "Le parti, su richiesta sindacale hanno concordato infatti il passaggio, nell'applicazione contrattuale per tutti i lavoratori anche neoassunti, da quello di Aris Rsa a quello migliorativo di Aris/Aiop Sanità Privata, sottoscritto da tutte le organizzazioni sindacali maggiormente

rappresentative. Un Contratto Nazionale quello che verrà applicato alle lavoratrici ed ai lavoratori che in termini economici e di tutele può legittimamente essere considerato il migliore tra quelli in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale ed assimilabile a livello retributivo e non solo a quello della sanità pubblica".

In tal senso i beneficiari dell'accordo avranno un incremento medio annuo che oscilla tra gli oltre 3.000 euro e fino ad arrivare a oltre 5.000 euro di aumento salariale.

A livello normativo si avrà una riduzione dell'orario di lavoro da 38 a 36 ore settimanali, un miglioramento delle tutele su malattia e permessi e viene valorizzata la professionalità e anzianità di servizio attraverso il possibile riconoscimento economico delle stesse maturate nel tempo. Tale operazione prevede per l'ente un investimento a regime, entro la fine del 2025, di oltre 500mila euro.

Le segreterie provinciali esprimono "soddisfazione per il risultato raggiunto, soprattutto in una fase storica molto complessa per il potere d'acquisto delle retribuzioni e nella quale si continua a tagliare su sanità e socio-assistenziale". Gli stessi sindacati tengono a "ringraziare anche l'Amministrazione che in controtendenza ad altre realtà ha accettato la nostra richiesta e deciso di investire sul proprio personale puntando a una valorizzazione economica dei salari, invertendo il trend del 'dumping' contrattuale che nel settore ci troviamo spesso ad affrontare". Ulteriore nota positiva in questo quadro, "la mobilitazione delle organizzazioni sindacali, che hanno ottenuto con l'accordo raggiunto in Regione il convenzionamento per le strutture che applicano i contratti nazionali firmati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative".

RODELLO - Friday 29 March 2024, 12:44

Residenza Rodello, raggiunto l'accordo tra i sindacati e la casa di cura

Nella struttura lavorano 150 dipendenti. Il nuovo contratto garantirà aumenti fino a 5mila euro annui e una riduzione a 36 ore di lavoro settimanali

È stato firmato nei giorni scorsi un importante accordo sindacale tra le organizzazioni sindacali FP CGIL - CISL FP - UIL FPL, i rappresentanti sindacali aziendali e la direzione del Centro di Riabilitazione e Casa di Cura Fondazione dei Santi Lorenzo e Teobaldo - Residenza Rodello.

Presso la Fondazione lavorano 150 dipendenti e complessivamente consta di oltre 200 posti letto.

Per la Fp CGIL Giovanna Cresci, la CISL Fp Giuseppe Vancleeff e la UIL FPL Fulvio Marchiori: *“Le parti, su richiesta sindacale hanno concordato infatti il passaggio, nell'applicazione contrattuale per tutti i lavoratori anche neoassunti, da quello di Aris Rsa a quello migliorativo di Aris/Aiop Sanità Privata, sottoscritto da tutte le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Un contratto nazionale, quello che verrà applicato alle lavoratrici ed ai lavoratori, che in termini economici e di tutele può legittimamente essere considerato il migliore tra quelli in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale ed assimilabile a livello retributivo e non solo a quello della sanità pubblica. In tal senso i beneficiari dell'accordo avranno un incremento medio annuo che oscilla tra gli oltre 3000 euro e fino ad arrivare ad oltre 5000 euro di aumento salariale. A livello normativo si avrà una riduzione dell'orario di lavoro da 38 a 36 h settimanali, un miglioramento delle tutele su malattia e permessi e viene valorizzata la professionalità ed anzianità di servizio attraverso il possibile riconoscimento economico delle stesse maturate nel tempo”*.

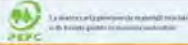
Tale operazione prevede per l'amministrazione dell'ente un investimento a regime, entro la fine del 2025, di oltre 500 mila euro. Le segreterie provinciali dei sindacati esprimono *“soddisfazione per il risultato raggiunto, soprattutto in una fase storica molto complessa per il potere d'acquisto delle retribuzioni e nella quale si continua a tagliare su sanità e socio-assistenziale e tengono a ringraziare anche l'amministrazione che in controtendenza ad altre realtà ha accettato la nostra richiesta e deciso di investire sul proprio personale puntando ad una valorizzazione economica dei salari, invertendo il trend del dumping contrattuale che nel settore ci troviamo spesso ad affrontare. Ulteriore nota positiva in questo quadro, la mobilitazione delle organizzazioni sindacali che hanno ottenuto con l'accordo raggiunto in Regione il convenzionamento per le strutture che applicano i contratti nazionali firmati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative”*.



la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari



Martedì 2 aprile 2024

€ 1,70

Damasco Il raid contro l'edificio dei pasdaran iraniani in Siria



Istanbul La festa dei sostenitori di Ekrem Imamoglu



Politica

Da Budapest a Pioltello il gelo della destra sul Quirinale



Ilaria Salis in tribunale a Budapest

di Emanuele Lauria a pagina 13

Mia figlia pronta a pagare per i suoi ideali

di Roberto Salis

Caro Furio Colombo, la ringrazio per la sua lettera piena di affetto. Il sostegno dell'opinione pubblica è di grande aiuto per me e soprattutto per Ilaria che, senza di esso, avrebbe ancora più difficoltà.

a pagina 18 con un servizio di Foschini

Amato e don Paglia "Il nostro dialogo tra fede e ragione"

di Simonetta Fiori alle pagine 30 e 31

MEDIO ORIENTE

Attacco ai pasdaran

Raid di Israele contro un edificio dei Guardiani della rivoluzione a Damasco, uccisi almeno tre alti ufficiali. La rabbia di Teheran: puniremo gli aggressori. Arrestata dall'Idf la sorella del leader di Hamas, Ismail Haniyeh

Erdogan perde le amministrative. La Turchia laica ora spera in Imamoglu

di Daniele Raineri

L'uccisione del generale iraniano Mohammad Reza Zahedi, a Damasco, è per alcuni versi un fatto normale e per altri un fatto straordinario. E riguarda quello che sta succedendo nella Striscia di Gaza.

a pagina 3 con i servizi di Al-Ajami, Caferri Colarusso e Tercatin alle pagine 2, 4, 6 e 7

Il caso

Un'arma segreta degli O07 russi dietro la "sindrome dell'Avana"

di Di Feo, Mastrobuoni e Mastrolilli alle pagine 10 e 11

L'editoriale

Dalle città la difesa della democrazia

di Ezio Mauro

Dal fondo del populismo nazionalista affiora dopo due decenni il voto laico, democratico e ribelle che consegna Istanbul, Ankara, Smirne, Bursa e Adana all'opposizione socialdemocratica, ipotecendo il futuro della Turchia.

a pagina 27

L'analisi

Il Sultano divide l'imperialismo unisce

di Lucio Caracciolo

La netta sconfitta del partito di Erdogan nel voto amministrativo turco, che ha coinvolto tutte le 81 province della Repubblica, apre una fase di incertezza in questa nazione chiave alla ricerca di glorie imperiali.

a pagina 9

Economia



Elon Musk denuncia Tim "Ci ostacola"

di Fontanarosa e Longhin a pagina 23

La storia

Il segreto di Marilyn Monroe l'overdose sei anni prima della morte

dalla nostra inviata Anna Lombardi

NEW YORK

La donna che morì due volte: ma solo una fu salvata. Sei anni prima di essere ritrovata senza vita nel letto della sua casa di Brentwood, il 4 agosto 1962 - uccisa da quell'overdose di farmaci che ancora dà adito a sospetti - Marilyn Monroe, aveva sfiorato la morte un'altra volta.

a pagina 17



Marilyn Monroe (1926-1962)

Advertisement for Palazzo Reale exhibition 'DE NITTIS Pittore della vita moderna'.

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 39 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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



Gratis domani e giovedì
Le prime pagine storiche
del Corriere della Sera
con il quotidiano le stampe da collezione
di Beppe Severgnini a pagina 15



Bologna super
L'Inter vince
e vola a più 14
di Bocci e Tomaselli
alle pagine 44 e 45



I profe Gerusalemme
GLI ATENEI
E LA DIGNITÀ
IN BILICO
di Paolo Mieli

Forse è stato
eccessivamente
duro — in un
colloquio con
Andrea Malaguti,
direttore de La Stampa,
a commento dell'immagine
del Senato accademico
torinese che ratifica la
decisione di non partecipare
a un bando di cooperazione
con università israeliane
avendo alle spalle un gruppo
di studenti che esige
quella ratifica — Gustavo
Zagrebel'sky che dapprima
ha messo in dubbio
l'autenticità della foto, poi
ha esclamato: «Non voglio
credere, così si perde la
dignità». Effettivamente la
foto è inquietante: i
contestatori, con bandiere
palestinesi e uno striscione
per il boicottaggio di Israele,
sono tutti a testa alta: i
«senatori» no. Nessuno. Chi
legge al computer, chi un
documento cartaceo, chi il
telefonino, chi ampeggia ad
un microfono, chi cerca
qualcosa sotto il tavolo. Non
uno che abbia avuto la
«dignità» di alzare gli occhi
e guardare in direzione
dell'obiettivo.
Usciti da quella riunione,
il rettore, Stefano Geuna,
ha esultato per quell'intesa.
La preside del dipartimento
di Matematica, Susanna
Terracini, si è invece
dissociata mettendo agli atti
l'impressione» che ci fosse
stata «un po' di
superficialità nel voler
assecurare le istanze degli
studenti». Il «senatore»
Francesco Ramella ha messo
in chiaro che le delibere
erano state prese in
precedenza e che quello
rimasto (per così dire)
impressionato sulla
pellucola, altro non era che
«un momento di dialogo al
termine dei nostri lavori».
Gran bel dialogo, non c'è
che dire.
continua a pagina 30

Tennis Dal trionfo a Miami al futuro: parla Sinner



Jannik Sinner, 22 anni, con il trofeo vinto a Miami. Adesso è il numero 2 al mondo

La filosofia di Jannik
«Io numero due?
Conta la famiglia»
di Gaia Piccardi
in copertina 42 e 43

Panatta: «Il talento,
le nuove racchette
È come un alieno»

«Io dico che Sinner è un
alieno». Adriano Panatta,
vincitore di un torneo dello
Slam e della Coppa Davis,
non ha dubbi. «Oggi i materiali
contano tanto. E Jannik li
sfrutta alla perfezione». E sulla
sfida infinita con Alcaraz
dice: «Per battere Sinner, Alcaraz
deve fare 3-4 miracoli tecnici a
partita. La solidità del nostro
campione, alla lunga, prevarrà
sull'estro dello spagnolo».
a pagina 43



La guerra Colpito un palazzo dell'ambasciata di Teheran

Raid di Israele,
generale iraniano
ucciso a Damasco

Gli ayatollah: la nostra risposta sarà dura

di Francesco Battistini
e Andrea Nicastro

Si allarga il conflitto in Me-
dio Oriente. Colpito, a Da-
masco in Siria, un palazzo vi-
cino all'ambasciata di Tehe-
ran. Nel raid israeliano rima-
ne ucciso l'alto ufficiale dei
Guardiani della rivoluzione
Mohammad Reza Zahedi, re-
sponsabile delle armi per ri-
formare Hezbollah in Libano.
Illeso l'ambasciatore di Tehe-
ran con la sua famiglia. Im-
mediato il monito dell'Iran a
Israele: «Risponderemo dura-
mente».
alle pagine 2 e 3



Turchia, Erdogan battuto
La sfida di Imamoglu

di Monica Ricci Sargentini
alle pagine 4 e 5

Riforme Oggi in Commissione il testo sull'elezione diretta

Premierato, voto e tensioni
Duello sulla legge elettorale

di Marco Cremonesi

Approda in commissione
Affari costituzionali il te-
sto sul premierato. Quello
che modifica l'articolo 92 del-
la Costituzione e inserisce il
principio dell'elezione dire-
ta, a suffragio universale, del
presidente del Consiglio. Og-
gi previsto il voto. Ma resta
aperto il tema della legge
elettorale che Forza Italia e
Lega avrebbero preferito fos-
se affrontato prima. Che por-
ta con sé anche un concetto
sensibile come il premio di
maggioranza o addirittura il
doppio turno per arrivare al-
l'elezione. Come accade in
Francia.
a pagina 9 Di Caro, Piccolillo

«IMPRESSIONATA DAL SUO INTERVENTO»
Il grazie di Salis a Mattarella

di Marzio Breda

«Impressionata dal suo intervento in
prima persona». Ilaria Salis, in carcere a
Budapest, ringrazia il presidente Mattarella.
a pagina 8

LA LETTERA DI DON PATRICIELLO A SANDOKAN
«La verità sui rifiuti tossici»

di Roberto Russo

«Devi dire la verità sui rifiuti tossici: lo
devi a tutti i bambini morti». Don
Maurizio Patriciello scrive al boss pentito
Francesco Schiavone, Sandokan.
a pagina 16

«Caro Vasco, ecco il premio di Milano»

Il sindaco Sala: al rocker la Pergamena della Città per i suoi 36 concerti a San Siro

di Beppe Sala



Vasco Rossi, 72
anni: il rocker
sarà premiato
a Milano

«Da fan di Vasco ho
spesso pensato
al legame fortissimo che
esiste da tempo tra il rocker
più grande d'Italia e la nostra
Milano». Beppe Sala, sindaco
della città ambrosiana, scrive
al direttore del Corriere della
Sera per annunciare che alla
grande rockstar italiana verrà
consegnata la Pergamena
della Città: un grazie per i 36
concerti che Vasco ha scelto
di fare a San Siro.
a pagina 18

REMUZZI E LA MEDAGLIA AL «MARIO NEGRI»

«Condividere
la ricerca medica
Senza brevetti»

di Marco Imarisio

Oggi Giuseppe Remuzzi
ritirerà, a nome del
«Mario Negri», la Medaglia di
Edimburgo. Premiata l'idea
di condividere la ricerca
medica senza brevetti.
a pagina 18



40402
Poste Italiane SpA s.p.a. - DL 33/2003 conv. L. 46/2004 art. 1, c.1. DDE Milano
9 771 120 4930008

IL DIBATTITO

Riscopriamo la disciplina se vogliamo dei figli felici

PAOLA MASTROCOLA - PAGINA 24



LA SALUTE

Perché la giornata dell'autismo e i social non aiutano i ragazzi

GIANLUCA NICOLETTI - PAGINA 17



LA STORIA

I documenti non sono Instagram adesso la Baviera vieta la schwa

ASSIA NEUMANN DAYAN - PAGINA 23



LA STAMPA

MARTEDÌ 2 APRILE 2021



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N. 91 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



ERDOGAN SCONFITTO NELLE GRANDI CITTÀ. ISTANBUL AL RIVALE IMAMOĞLU

L'alba della Turchia

GIOVANNA LOCCATELLI, FRANCESCA PACI

Il sultano con i piedi d'argilla
STEFANO STEFANINI

Voleva riprendersi Istanbul, la "sua" città. Invece è arrivata la stangata. Nelle elezioni municipali di domenica Erdogan ha perso. - PAGINA 22

RAZZI SULL'AMBASCIATA IRANIANA A DAMASCO. TEHERAN: REAGIREMO

La notte di Israele

FABIANA MAGRI, FRANCESCO SEMPIERI

Bibi, assediato, ritrova l'aiuto Usa
GIORDANO STABILE

Il ministro della Difesa Yoav Gallant è tornato dalla sua ultima missione a Washington con il massimo dei risultati. - PAGINA 3

LA POLITICA

Corsa al voto europeo più decisivo da 20 anni

Rissa Salvini-Meloni e a sinistra c'è il vuoto

MARCELLO SORGI

Se il buon giorno si vede dal mattino, le premesse - la campagna elettorale per le europee che da oggi, esaurita la pausa pasquale, infurierà fino al 9 giugno - non sono affatto buone. - PAGINA 22

L'INTERVISTA

Zingaretti: riflettiamo se candidare Salis

FRANCESCA SCHIANCHI

«Le elezioni europee saranno un'occasione di chiarezza», esordisce l'ex segretario del Pd Nicola Zingaretti, oggi deputato e presidente della fondazione Demo. «Un appuntamento cruciale per scegliere tra chi vuole un'Europa forte che lavori per la pace, e i nazionalismi che storicamente hanno sempre portato alla guerra». - PAGINA 13

L'INCHIESTA DELLA STAMPA. IL BUCO NERO DELLE LISTE D'ATTESA: TEMPI RISPETTATI IN 5 CASI SU 66. IL FLOP DEGLI AIUTI

Un miliardo di debiti per curarsi

Nove milioni di italiani in difficoltà per le spese mediche. Uno su tre costretto a rivolgersi al privato

L'ANALISI

Più occupati meno evasori solo così si aiutano i poveri

ANNA LO PRETE

Tra venti di guerra e proteste studentesche, il tema della povertà economica è tornato fugacemente alla ribalta in occasione della pubblicazione di nuovi dati che sottolineano quante persone vivono in condizioni di povertà "assoluta". - PAGINA 22

PAOLO RUSSO

La cura anti liste di attesa del governo non sta funzionando. Nonostante i soldi elargiti al privato per far aumentare l'offerta di prestazioni - 520 milioni nell'ultima finanziaria - i tempi per ottenere una visita specialistica o un esame diagnostico continuano ad andare nella maggior parte dei casi oltre i tempi massimi previsti per legge. Intanto gli italiani si indebitano sempre più per curarsi: oltre un miliardo di euro di prestiti personali nel 2023. - PAGINE 8-9

L'UNIVERSITÀ

Cassese: la pace a Gaza non passa dagli Atenei

FLAVIA AMABILE

Un errore la scelta del Senato accademico della Normale di Pisa e altrettanto sbagliata è la voglia di cancellare interi pezzi di cultura. Il giurista ed ex ministro Sabino Cassese, conosce bene la Normale di Pisa. - PAGINA 4

LA SCUOLA

Foti contro La Russa: no al tetto agli stranieri

SERENA RIFORMATO

«Una legge che avesse carattere di perentorietà nei numeri rischierebbe di scontrarsi con un limite invalicabile: la realtà dei fatti». Tommaso Foti, capogruppo Pdl alla Camera, esprime perplessità sulla linea Salvini-Valditara. - PAGINA 11

I DIRITTI

Fine vita, chi calpesta la nostra Costituzione

DONATELLA STASIO

L'intolleranza del potere al dissenso è sempre stata trasversale agli schieramenti politici. Ma oggi c'è qualcosa di più: il dissenso è "sovversivo", persino quando richiama alla Costituzione. - PAGINA 23

AMTS auto moto turin show

19-21 APRILE

L'INQUOTTA FIERE TORINO

www.ams.it

JANNIK NUMERO DUE AL MONDO, TRIONFA A MIAMI E SCAVALCA AL CARAZ. A PARIGI PUÒ DIVENTARE RE

Favoloso Sinner, scalata al trono di Djokovic

STEFANO SEMERARO

Jannik Sinner è il capotreno di un convoglio allegro e puntualissimo che ormai ferma in tutte le stazioni, carica passeggeri entusiasti, fa il pieno di record. A Miami in finale ha impiegato 72 minuti per battere 6-3 6-1 anche Grigor Dimitrov, il bulgaro dal rovescio monomane che per tutta la settimana aveva seminato meraviglia, ma contro il Rosso ha raccolto solo frustrazione. - PAGINA 18



IL PERSONAGGIO

Quel segreto nella testa "Predestinato del lavoro"

GIULIA ZONCA

Come non sbagliare un gesto e non sciupare una parola sulla strada della gloria senza rendersi antipatico. Non ci era mai riuscito nessuno. - PAGINA 19

LA MOKA DEI RUNNER

MOKAVIT INDUCTION MOKAVIT



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 93
Sped. in A.P. 03/03/2003 con L.40/2004 art.1 c.1 DCB/M

NAZIONALE



Martedì 2 Aprile 2024 • San Francesco da Paola

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Mossa Edipartitan

Baby-geni, la legge per garantire corsi ad hoc e salti di classe

Loiacono a pag. 9



Coppa Italia, oggi Juve-Lazio

Brividi Roma e Lecce per De Rossi uno 0-0 e frenata Champions

Angeloni, Carina e Lengua nello Sport



Scoppia la Jannikmania

La scalata di Sinner: è già numero 2 ATP «Ma posso migliorare ancora»

Arcobelli e Martucci nello Sport



Criteri diversi

Lo slalom per scegliere i candidati alle Europee

Paolo Pombeni

È una partita complicata quella per la formazione delle liste dei candidati alle prossime europee. L'accento dei commentatori può cadere su questo o quell'aspetto, ma è il loro groviglio a determinare una specie di rebus di difficile soluzione. Da un lato infatti le elezioni europee sono diventate ormai chiaramente un test per valutare il piazzamento delle varie forze politiche, dall'altro sono pur sempre il mezzo con cui si decide la rappresentanza italiana al parlamento di Bruxelles/Strasburgo, ma infine sono anche una occasione per "sistemare" un po' di quadri nel puzzle che forma i vertici dei partiti.

Se non si analizzano le varie componenti e non si coglie il loro intrecciarsi non si capisce il nervosismo che in questa fase pervade, sia pure con intensità diverse, i gruppi dirigenti delle forze politiche in campo. Che poi i travagli siano diversi a seconda delle storie di ogni partito e delle rispettive dimensioni è abbastanza ovvio.

Partiamo dalle aspettative di fare di quel che uscirà dalle urne del 9 giugno una specie di super sondaggio sulla percentuale di consensi che ciascuno raccoglie e di conseguenza del posizionamento che potrà conseguire nel quadro politico e istituzionale. Questo spiega la lotta serrata per la conquista di ogni punto, anzi di ogni zero virgola, di percentuale. Così l'imperativo è trovare il marchingegno per allargare al massimo la sfera dei consensi (...)

Continua a pag. 23

Israele attacca il consolato d'Iran, è alta tensione

Bombe sulla sede in Siria durante un vertice jihadista

ROMA Sei missili lanciati da caccia F-35 israeliani colpiscono nel pomeriggio il consolato iraniano a Damasco eliminando un capo del Pasdaran. L'attacco durante un vertice con le organizzazioni jihadiste. Rischio escalation. Teheran: «La nostra reazione sarà molto dura».

Genah e Ventura a pag. 7

Passaggio in Senato

Sprint di Meloni sul premierato: oggi c'è il primo sì

Francesco Bechis

Premerato e due mandati, oggi primo sì: al Senato il voto degli emendamenti.

A pag. 5

Scaduta l'ultima proroga per il settore privato

Lo smart working ora è un'eccezione: ritorno in ufficio per 400mila lavoratori

ROMA Scaduta l'ultima proroga, da questa mattina oltre 400mila lavoratori del settore privato rientreranno in ufficio. Sono quelli che - fragili o con figli



minori sotto i 14 anni - non potranno più usufruire dello smart working, ultima coda delle norme eccezionali previste dal Covid.

Amoruso a pag. 3

Intervista all'ad

Nattino: «Nel 2023 utili da record per Banca Fintat»

Francesco Pacifico

Nel 2023 utili da record per Banca Fintat. Così Arturo Nattino, ad della banca.

A pag. 15

Un bonus per attuare il Pnrr

Fisco, un extra di mille euro ai dipendenti per accelerare anche la caccia agli evasori Naddeo (Aran): i premi nella Pa sono fermi al 2016, il tetto andrebbe eliminato per tutti

Bruxelles vuole anche i Maneskin per portare i giovani alle urne



Voto Ue: Taylor Swift contro l'astensionismo

Taylor Swift: negli Usa ha lanciato un appello al voto

Ajello a pag. 4

ROMA Fisco, un extra di mille euro ai dipendenti dell'Agenzia delle Entrate per la caccia agli evasori: obiettivo del Pnrr.

Bessi a pag. 2

Feto abortito in freezer denunciati 2 infermieri «Lo volevamo vicino»

Roma, sabato il parto prematuro nel bagno poi l'emorragia e la scoperta choc degli agenti

Alessia Marani

Ha avuto un parto spontaneo in casa. E non voleva staccarsi dalla sua creatura. Così insieme con il suo compagno, una infermiera romana di 44 anni ha deciso di tenere con sé quell'esserino che cominciava ad avere le fattezze di un bimbo, conservandolo nel freezer, in cucina. Ora entrambi sono accusati di occultamento di cadavere.

A pag. 11

Il caso a Brescia

A processo per 8 anni e l'azienda fallisce «Tutti assolti e a casa»

MILANO Otto anni sotto processo, impresa fallita, tutti a casa. «Ora assolti e disoccupati». Il caso di un imprenditore di Brescia.

Guasco a pag. 12

La Cassazione

La guardia medica a casa: un obbligo se il paziente è grave

Valentina Errante

Il diritto alla salute comporta l'obbligo per un medico con funzioni pubbliche di tutelarlo. Per questo la visita domiciliare è obbligatoria. Almeno per quei pazienti che riferiscono di accusare sintomi gravi. Lo ha stabilito la Corte di Cassazione, con una decisione che potrebbe cambiare le consuetudini di medici di base e guardie mediche meno disponibili alle visite domiciliari.

A pag. 13

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

DAI ENERGIA ALLA TUA ENERGIA.

GLI INTERMEDIO ALIMENTARI NON VANO INTESI COME SOSTITUTI DI UNA BUONA VITA, EQUILIBRATA E DI UNO STILE DI VITA SANO.

Il Segno di LUCA

IL CAPRICORNO SINCERO E SPONTANEO

La Luna oggi è tua ospite e domina il tuo zodiaco, gratificandoti dei suoi lavori e mettendoti a disposizione una particolare carica di sincerità e spontaneità che ti conferisce un magnetismo diverso, che si trasforma in una carta vincente da giocare sui tavoli dell'amore. È vero che il tuo lato saggio e responsabile è un ingrediente importante del tuo carisma, ma è quando emerge la componente ingenua e innocente che fai strage di cuori! MANTRA DEL GIORNO La sincerità spesso è una trappola.

L'oroscopo a pag. 23

* Tandem con altri quotidiani (su disposizione separatamente): emilia (gruppo la Motta) - Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica (L'Unità) € 1,40 in Abbonamento, il Messaggero - Corriere dello Sport - Stadio € 1,40, il Palazzo, il Messaggero - Prima Pagina. Notizie € 1,50 nelle edizioni di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport - Stadio € 1,50.



Martedì 2 aprile 2024

ANNO LVIII n° 79
1,50 €
San Francesco
da Paola
avvenire

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

La buona notizia del calo dei Neet GIOVANI IN CERCA DI SENSO E GUIDE

MICHELE TIRABOSCHI
FRANCESCO SEGHEZZI

Quando si parla di occupazione giovanile il rischio di ripetere vuoti slogan è sempre molto alto. I giovani che non lavorano. I giovani che non vogliono lavorare. I giovani tra precariato strutturale e sfruttamento. I giovani che non sono più quelli di una volta, potremmo aggiungere. In questo quadro tra i segnali più incoraggianti sembrano rimanere soffocati da una narrazione ormai dominante e difficile da scalfire. Uno di questi segnali l'ha confermato Istat negli ultimi dati trimestrali sul mercato del lavoro e riguarda i Neet, acronimo tanto famoso quando non compreso per identificare i giovani che non studiano e non lavorano. Nei dibattiti televisivi e nella convegnistica aleggia sempre una cifra, 3 milioni, che quantificherebbe i giovani italiani intrappolati in questo limbo collocato tra percorsi formativi più o meno precocemente interrotti e un ingresso nel mondo del lavoro che tarda ad arrivare. Eppure l'Istat ci dice che, anche prendendo la fascia d'età più ampia, quella tra i 15 e i 34 anni, il numero dei Neet al termine del 2023 era di 2,1 milioni, in calo di quasi un milione rispetto ai picchi del 2018 e poi, complice la pandemia, del 2020. Un dato che di per sé dovrebbe essere una notizia, prima ancora di analizzarla o commentarla. Una notizia ancora più disorientante, rispetto ai tanti chiarimenti e scuri del nostro mercato del lavoro, una volta verificato come il calo non sia tanto un derivato del crollo demografico delle persone appartenenti a questa fascia d'età. L'incidenza dei Neet tra i 15 e i 34 anni è infatti diminuita dal 24,6 al 18% tra il 2018 e il 2023. E il calo riguarda tutte le sottocategorie che la compongono: diminuiscono di quasi 400 mila unità i disoccupati e di oltre 400 mila unità gli inattivi, soprattutto le cosiddette forze lavoro potenziali. Un segnale importante e per certi versi sorprendente, in assenza di precise politiche mirate a colpire questo fenomeno. Anche se, sullo sfondo, resta comunque il fatto che questo dato, seppur in netto calo, inchioda comunque l'Italia al terzo posto in Europa per percentuale di Neet, dietro soltanto a Grecia e Romania. Un esercito di ben 2 milioni di giovani in queste condizioni rimane un numero enorme soprattutto considerando che solo 700 mila di questi sono disoccupati, cioè persone che attivamente cercano lavoro ma non lo trovano, mentre 1,4 milioni hanno proprio smesso di cercare. In questo numero è racchiuso un disagio profondo, che incentivi economici o flessibilità normative concesse alle imprese non possono da soli risolvere. Perché occorre sottolineare anche questo, ossia che il grandissimo calo dei Neet, soprattutto dal 2021 a oggi, non dipende dalle politiche occupazionali del Governo, qualunque Governo si consideri, ma più semplicemente dalla ripresa dell'economia che ha riattivato la domanda di lavoro anche a vantaggio dei più giovani.

continua a pagina 14

IL FATTO Gli imprenditori: sappiamo che non possiamo essere predatori. Qualificazione per la manodopera

La nostra Africa

Mattarella in visita in Costa d'Avorio e in Ghana per stringere rapporti di cooperazione
Un "modello Italia" di sviluppo reciproco promosso con imprese, missionari e terzo settore



LA GIORNATA L'importanza delle reti familiari

Autismo: cruciale la diagnosi precoce

Quirinale e Parlamento, e molti altri palazzi in Italia, saranno illuminati di blu stasera per la Giornata mondiale per la consapevolezza sull'autismo, un disturbo del neurosviluppo, molto complesso. «La diagnosi precoce, già a 18 mesi nei casi più seri, è necessaria per impostare correttamente la terapia», spiega Massimo Molteni, neuropediatra e direttore sanitario dell'Ircs "Eugenio Medea" di Bosisio Parini (Lecco) - che riguarda non solo gli aspetti sanitari, ma anche i bisogni sociali del bambino.

Dircetti e Negrotti a pagina 8

ELEZIONI EUROPEE

Il «nativismo» che esclude gli stranieri, nuovo spettro nelle urne

È possibile immaginare un'Europa antieuropea? A poco più di due mesi dal voto destinato a rinnovare l'Europarlamento, è questa la domanda che circola nei palazzi che contano. Se l'integrazione politica, dopo quella economica, ha culminato nell'ultimo decennio al passo del gambero, facendo segnare una pericolosa involuzione verso la ripresa del concetto di Stato nazione, fino a che punto potrà spingersi la regressione in atto?

Lavazza e Motta
a pagina 6

ANGELO PICARIELLO

C'è un "piano Mattei per l'Africa" che nasce prima delle elezioni in Stati. Un "modello Italia" che tiene insieme il nostro sistema produttivo, con Eni e Confindustria in prima fila, la cooperazione internazionale e la presenza missionaria della Chiesa. In grado di fornire sbocchi nuovi al nostro fabbisogno energetico, ma senza intenti neo-colonialisti. C'è tutto questo nella visita di Sergio Mattarella, che sarà in Costa d'Avorio, prima visita ufficiale di un capo di Stato italiano, da oggi a giovedì, poi, in Ghana fino a sabato. Il capo dello Stato torna nel continente africano, entrato tra le priorità della politica estera italiana del governo Meloni, visitando anche tre iniziative della cooperazione italiana, sostenute da Ansi, Salesiani e Comunità di Sant'Egidio.

Pini a pagina 5

I nostri temi

ABORTO Così si disprezza il dono della vita

MIMMO MUOLO

Oltre alla condanna delle guerre, nelle omelie del Papa c'è anche un'altra sottolinea che merita di essere ricordata. Ed è il rispetto della vita, a partire dalla vita nascente.

A pagina 15

FRANCIA La Corsica ritroverà la sua autonomia

ALESSANDRO MICHELICCI

"Si incrina" il centralismo francese con l'apertura di Macron all'autonomia dell'isola, che sarà citata nella Costituzione e si vedrà riconoscere nuovi spazi decisionali.

A pagina 15

MEDIO ORIENTE Cresce la protesta contro Netanyahu: decine di migliaia manifestano

Pasdaran colpiti a Damasco Nuova tensione Israele-Iran

Bombardato un edificio annesso all'ambasciata di Teheran: otto vittime, fra cui l'alto ufficiale Mohammed Reza Zahedi. Dopo due settimane, l'esercito israeliano si è ritirato dall'ospedale al-Shifa di Gaza. Hamas accusa: trovati 400 morti. A Gerusalemme, allestite centinaia e centinaia di tende di fronte alla Knesset; i manifestanti resteranno accampati fino a domani per chiedere le dimissioni del premier. In piazza veterani, riservisti, parenti degli ostaggi, madri dei soldati e pacifisti. È un gruppo di donne teche a sfilare un nastro di otto chilometri: la distanza tra il parlamento e Gaza.

Capuzzi (inviato), Ferrari, Geronzi pag. 4

Francesco invoca il dono della pace per i popoli

«Scambio di prigionieri» Il Papa chiama Mosca e Kiev



Gambassi (inviato a Zaporizhzhia), Palmas e Scavo
alle pagine 2-3

L'ASCESA DEL TENNISTA Sinner numero due Ne abbiamo bisogno

Commento di Berruto e G. Muolo pagine 15 e 20



PASQUA A PALERMO

«Brancaccio chiede fatti, basta parole»

Puglisi a pagina 9

AD ANKARA E ISTANBUL

Erdogan ammette: svolta per l'opposizione

Ottaviani a pagina 12

Incalzati da Dio

«L'insistere in quanto tale è sotto l'influsso della chiamata della grazia di Cristo e deve quindi essere un cristiano; l'essere autore per un uomo è un fatto cristianamente rilevante». Il noto teologo tedesco Karl Rahner, gesuita, uno dei protagonisti del Concilio Vaticano II, con questa frase apodittica esprimeva tutta la sua convinzione nella forza della letteratura, nell'alta vocazione dello scrittore, nella natura evocativamente cristiana di chi scrive storie. Infatti, Rahner precisava poco dopo, in questo passaggio contenuto in *Letteratura e cristianesimo* (San Paolo): «Poiché è in quanto ogni uomo è "cristiano", in un senso vero e decisivo - anche

se non pieno e adeguato - è incalzato da Cristo». In questa serie di piccoli contributi che si aprono oggi vorrei dimostrare, con qualche lettura maturata negli anni in scorribande curiose nella narrativa contemporanea, come molti scrittori e autori siano stati «incalzati da Cristo», ovvero abbiano affrontato nei loro testi le grandi domande della spiritualità: quale senso ha la mia vita, se Dio esiste e com'è, se il male è l'ultima parola sulla storia del mondo, quale posto può occupare nella nostra esistenza l'amore e la speranza, la fiducia o il perdono. In un motto, vedere e indagare, insomma, se c'è un «Dio tra le righe» dei romanzi a noi coevi. Buona lettura, e buona indagine!

lunedì a pagina 19

Dio fra le righe

Lorenzo Fazzini

Agorà

SOCIETÀ Fede e ragione alleate contro le crisi della contemporaneità

Amato, Bossotti, Paglia a pagina 17

FILOSOFIA Eugen Fink e la moda, segno dell'unicità umana

Pallaga a pagina 18

MUSICA Antonella Ruggiero e Roberto Colombo, voci all'incontrario

lunedì a pagina 19

È l'ora dell'oro

L'ORO HA FATTO LA STORIA.
Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro

ORO - GIOIELLI - MONETE

OBRELLI

DAL 1929

www.oro.obrelli.it

SPEDIZIONI E RITIRI ASSICURATI IN TUTTA ITALIA

LAVIS (Trento) | TRENTO | MILANO
0461 242040 | 338 8250553 | info@obrelli.biz

VENDIAMO E ACQUISTIAMO LINGOTTI E MONETE ALLE MIGLIORI CONDIZIONI

Dagli screening all'anoressia: la beffa delle cure rinviate al 2025

Marzio Bartoloni e Barbara Gobbi — a pag. 22

Dagli screening all'anoressia: la beffa delle cure rinviate al 2025

Sanità. Il 1 aprile doveva entrare in vigore un pacchetto di nuove prestazioni gratuite, ma lo slittamento del tariffario congela anche i livelli essenziali di assistenza. Restano le disparità di offerta tra le Regioni

**Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi**

Niente da fare: dopo aver già atteso per sette anni milioni di pazienti italiani dovranno aspettare ancora un altro anno e cioè fino al 2025 per poter finalmente beneficiare di un nuovo pacchetto di livelli essenziali di assistenza - i cosiddetti Lea -, le cure cioè garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket. Tra queste tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, l'inserimento di oltre un centinaio di patologie nell'elenco delle malattie rare, la diagnosi e il monitoraggio della celiachia, il riconoscimento dell'endometriosi come malattia invalidante, gli screening neonatali per alcune patologie come la Sma, diversi ausili informatici e di comunicazione per disabili, ma anche esami e visite per tener sotto controllo i disturbi alimentari come bulimia e anoressia che allarmano tante famiglie o l'adroterapia, un nuovo tipo di radioterapia innovativa che si avvale degli ioni carbonio o dei protoni per il trattamento di alcuni tumori. Tutti questi nuovi Lea dovevano entrare in vigore ieri, 1 aprile, dopo essere già slittati di tre mesi (il via libera originario era previsto per il 1 gennaio scorso). Ma come nel peggiore dei pesci d'aprile le nuove cure gratuite sono rinviate ancora e cioè fino al 1 gennaio 2025.

Una beffa per gli italiani provocata dal caos legato all'entrata in vigore del nuovo tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (visite

ed esami) e della protesica (ausili e protesi per disabili) che doveva scattare proprio in concomitanza con l'avvio dei nuovi Lea. Ma dopo le proteste dei giorni scorsi di varie organizzazioni della Sanità privata accreditata e dei laboratori per la riduzione dei rimborsi per le strutture - «con tagli dal 30% all'80% per le tariffe in diminuzione», ha sottolineato Barbara Cittadini presidente dell'Aiop (l'Associazione dell'ospitalità privata) - il Governo insieme alle Regioni, come già avevano fatto a fine dell'anno scorso, hanno imboccato la strada più facile e cioè quella di un nuovo rinvio secco sia per il nomenclatore tariffario che per le nuove prestazioni a carico del Ssn deciso con un decreto approvato giovedì scorso sul tavolo della Conferenza Stato Regioni. Una strada questa che poteva avere delle alternative come ha sottolineato anche la Ragioneria generale dello Stato che nel suo parere al ministero della Salute aveva suggerito di far entrare in vigore il 1 aprile le nuove cure gratuite modificando poi in corsa le tariffe troppo basse (si veda articolo in basso).

Proprio la levata di scudi dei privati ha invece convinto il Governo e il ministero della Salute a correre ai ripari con la scelta più radicale quella appunto di un lungo rinvio fino al 1 gennaio del 2025. Nel mirino il corposo decreto ministeriale del 2017 che appunto già sette anni fa aveva rivisto tutte le tariffe di visite, esami e protesi e identificato anche il nuovo pacchetto di Lea. Quel decreto non era mai entrato in vigore fino al-

lo sblocco nell'aprile del 2023 deciso dal ministro della Salute Orazio Schillaci che allora aveva parlato di «giorno importante» per gli italiani e di «segnale fortissimo che va nella direzione di superare le disegualianze fra le regioni».

Ad oggi invece, dopo il nuovo rinvio, i livelli essenziali di assistenza disponibili in tutta Italia sono quelli risalenti al 2001 mentre solo alcune Regioni hanno deciso di garantire alcune delle prestazioni dei Lea aggiornati al 2017 attingendo a fondi propri. È il caso a esempio dello screening neonatale per la Sma presente in 12 Regioni e per il quale il ministero della Salute ha ricordato anche che sono stati stanziati dei fondi ad hoc.

Insomma a pagare il conto sono quindi, «ancora una volta, i cittadini che non potranno accedere alle prestazioni, anche innovative, previste dai Lea del 2017 o potranno farlo soltanto in alcune aree del Paese, laddove i conti delle regioni lo permettono», ha ricordato la segretaria nazionale di Cittadinanzattiva Anna Lisa Mandorino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra gli altri Lea slittati anche la procreazione assistita, l'adroterapia per la cura dei tumori e gli ausili per i disabili



L'INCHIESTA DELLA STAMPA. IL BUCONERO DELLE LISTE D'ATTESA: TEMPI RISPETTATI IN 5 CASI SU 66. IL FLOP DEGLI AIUTI

Un miliardo di debiti per curarsi

Nove milioni di italiani in difficoltà per le spese mediche. Uno su tre costretto a rivolgersi al privato

PAOLO RUSSO

La cura anti liste di attesa del governo non sta funzionando. Nonostante sui soldi elargiti al privato per far aumentare l'offerta di prestazioni - 520 milioni nell'ultima Finanziaria - i tempi per ottenere una visita specialistica o un esame diagnostico continuano ad andare nella maggior parte dei casi oltre i tempi massi-

mi previsti per legge. Intanto gli italiani si indebitano sempre più per curarsi: oltre un miliardo di euro di prestiti personali nel 2023. - Pagine 8 e 9

Sanità le cure sospese

Nonostante i 520 milioni stanziati dal governo le Regioni sono in affanno
In Piemonte garantita nei tempi una visita cardiologica su due
in Liguria soltanto il 19%
E il 50% si rivolge al privato

L'INCHIESTA
PAOLO RUSSO
ROMA

La cura anti liste di attesa del governo non sta funzionando. Nonostante sui soldi elargiti al privato per far aumentare l'offerta di prestazioni - 520 milioni nell'ultima Finanziaria - i tempi per ottenere una visita specialistica o un esame diagnostico continuano ad andare nella maggior parte dei casi oltre i tempi massimi previsti per legge. E si potrà anche dire che non esiste una correlazione diretta con l'attività li-

bero professionale dei medici, ma resta il fatto che mentre gli assistiti aspettano come e più di prima, gli incassi per le visite in modalità solvente aumentano.

Ma partiamo dalla coda, quella che si sorbiscono la metà degli italiani per ottenere una prestazione mutuabile. «Il 51,6% di loro - informa Barbara Cittadini, presidente dell'Aiop, l'Associazione delle cliniche private - di fronte alla barriera delle liste di attesa è costretta per curarsi a intaccare il proprio

patrimonio. E questo vale anche per le classi di reddito più basse».

Di questa succulenta fetta l'11,9% va nelle tasche dei medici con il doppio lavoro,



«mentre meno del 5% è coperto dalla mutualità integrativa che mette al riparo dal dover affrontare spese catastrofiche o dal trovarsi in difficoltà economiche, come è stato per 9 milioni di italiani», afferma Ivano Russo, presidente di Onws, l'Osservatorio Nazionale Welfare & Salute, che per noi ha realizzato un censimento reale dei tempi, calcolato sulle risposte dei Cup e non sulle segnalazioni da parte dei cittadini dei casi limite. E i dati ci dicono che le cose non vanno affatto meglio. Il monitoraggio è stato effettuato su

tre viste specialistiche e quattro accertamenti diagnostici tra i più gettonati. Le Regioni passate al setaccio sono: Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Puglia, Piemonte e la Asl 1 di Napoli, mentre la Lombardia non ha voluto fornire i tempi. L'analisi è stata svolta sulle prescrizioni di priorità B, ossia non differibili da erogare entro 10 giorni, e D differibili, erogabili entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici, 30 in caso di visite (per il dettaglio si vedano le tabelle affianco). I tempi per una visita cardiologica di priorità B sono rispettati appena nel 19,3% dei casi in Liguria, nel 29,4% in Puglia, mentre in Piemonte per

la priorità D solo il 17,9% degli assistiti ottiene la visita in tempi ragionevoli. Percentuali simili le ritroviamo anche per la visita ginecologica mentre le cose vanno ancora peggio quando serve un urologo. Alla Asl 1 di Napoli si arriva appena a un 6,5% che rispetta il termine massimo di 30 giorni, ma sotto il 50% sono per entrambe le classi di priorità anche Liguria e Puglia, mentre il Piemonte è al 33% per le prestazioni differibili e al 51,5% per quelle non differibili.

I tempi si allungano ancora per gli accertamenti diagnostici. Per la risonanza magnetica non differibile in Liguria appena il 29,4% eroga entro il mese. Percentuale che sale al 42,5% nel Lazio e risce al 38,3% in Piemonte, tanto per fare qualche esempio. Vanno meglio i tempi per la Tac al torace, che non vengono rispettati in meno del 50% dei casi solo in Piemonte per la priorità D che è al 33%. Un'impresa invece prenotare una gastroscopia. Qui solo per la classe D a Napoli si sta sopra il 50% del rispetto dei tempi (66,7%), altrove è tutta una *débâcle*, con la stessa Napoli 1 che per la classe B eroga nei tempi dovuti appena al

16,7% degli assistiti. Migliorano un poco i tempi per l'ecografia all'addome, dove oltre il 50% del mancato rispetto dei tempi sono solo Lazio e Piemonte tra le regioni esaminate.

C'è comunque da dire che solo in 5 casi su 66 (visita ginecologica e tac di classe D a Napoli, ecografia all'addome per entrambe le classi sempre a Napoli e la tac differibile in Liguria) i tempi vengono sempre rispettati, ossia in meno di un caso su 10.

Dietro queste percentuali già di per sé disarmanti c'è poi la conta ancor più estenuante dei giorni di attesa. A Torino ottenere una visita cardiologica è come un parto, perché si devono aspettare 9 mesi, mentre ne servono 5 per una risonanza al cranio e 3 per una gastroscopia. A Roma si aspettano 8 mesi per una Rmn, 5 per fare una gastroscopia, che a Genova si ottiene in 2 mesi mentre ne occorrono 5 per una risonanza.

Numeri ben diversi di quelli ritoccati - e non di povero verso l'alto che le Regioni comunicano all'Agenas. Tra i trucchi c'è quello di considerare pari a zero attesa la pratica illegale ma ancora diffusa di chiudere del tutto le agende di prenotazione. Poi c'è chi non specifica l'indice di priorità rendendo così im-

possibile capire se il tempo indicato è entro i limiti di legge o no. Friuli e Campania pubblicano invece solo i dati di alcune Asl, probabilmente le più efficienti.

Resta il fatto che se i cittadini aspettano, il 42% dei medici che fa il doppio lavoro si frega le mani. L'ultima relazione al Parlamento dice che gli incassi da intramoenia, l'attività libero professionale svolta negli ospedali, sono saliti dagli 816 milioni del 2020 a un miliardo e 86 milioni dell'anno successivo. Mentre le indagini svolte dai Carabinieri dei Nas nei mesi scorsi rivelano un Far West fatto di camici bianchi che incassano l'indennità di esclusività con il pubblico per poi lavorare privatamente. Per non parlare di chi intasca mazzette o chiude le agende di prenotazione per poi dirottare i pazienti nel privato. Un business costruito sulle spalle degli incagliati nelle liste di attesa. —

BARBARA CITTADINI
PRESIDENTE
AIOP



Di fronte alla barriera delle liste d'attesa il 51,6% degli italiani è costretta a intaccare il proprio patrimonio

IVANO RUSSO
PRESIDENTE
ONWS



Meno del 5% è coperto da mutualità integrativa che mette al riparo da spese e difficoltà economiche

Solo in 5 casi su 66 i tempi sono rispettati
L'intramoenia vale oltre 1 miliardo di euro

LO STUDIO SUI TEMPI D'ATTESA

Percentuale di visite ed esami effettuati nei tempi previsti dalla legge

B = Priorità entro 10 giorni
D = Differibile (30 giorni per le visite, 60 giorni per gli esami)

	AUSL ROMAGNA	LAZIO		LIGURIA		ASL 1 NAPOLI		PUGLIA		PIEMONTE	
		B	D	B	D	B	D	B	D	B	D
VISITA CARDIOLOGICA	100%	79,5%	80,3%	19,3%	25,1%	61,5%	91,7%	29,47%	25,99%	51,18%	17,89%
VISITA GINECOLOGICA	82%	96,1%	94,2%	49,3%	23,6%	60%	100%	54,37%	41,74%	48,8%	20,48%
VISITA UROLOGICA	84%	80,6%	71,4%	44,9%	27,2%	6,5%	33,3%	34,57%	39,58%	53,27%	14,97%
TAC TORACE	92%	64,5%	77,7%	60%	100%	n.d.	100%	64,1%	83,94%	51,55%	33,54%
RISONANZA MAGNETICA	87%	42,5%	67,2%	29,4%	59,7%	61,5%	91,7%	47,44%	80,23%	38,37%	33,04%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	83%	41,2%	50%	37,3%	35,5%	16,7%	66,7%	34,65%	36,89%	46,22%	23,22%
ECOGRAFIA ADDOME	93%	44,4%	46,5%	65,9%	86,5%	100%	100%	57,18%	74,89%	40,22%	35,79%

Fonte: Onws, Osservatorio nazionale Welfare & Salute. **wmhub**

In coda
Non sembrano ridursi le liste d'attesa per il Servizio sanitario nazionale: i tempi si erano allungati notevolmente dopo la pandemia



IL NUOVO PIANO

Altri 600 milioni alle Aziende sanitarie un algoritmo stabilirà il numero di medici

Dopo averci provato con la manovra elargendo oltre mezzo milione ai privati affinché aumentassero l'offerta, il Governo ritenta ad abbattere le liste di attesa con un piano in tre mosse, in fase ultima di messa a punto. Verranno stanziati altri 600 milioni da distribuire però non a pioggia tra le Regioni ma Asl per Asl, ospedale per ospedale, dove l'Agenas abbia verificato una difficoltà nello smaltire le liste. I soldi potranno essere usati per pagare i medici che sia diano da fare a ridurre i tempi e per acquistare prestazioni in più dai privati. Al secondo punto c'è il supera-

mento del tetto di spesa per il personale, fermo al livello del 2004, per di più diminuito dell'1,4%. Al suo posto esordirà un algoritmo che stabilirà l'effettivo fabbisogno di medici e infermieri in funzione dei posti letto e delle complessità dei ricoveri, perché oggi ci sono reparti sempre in overbooking e altri dove è occupato un letto su quattro. Infine norme per facilitare l'impiego con funzioni di assistenza degli specializzandi al secondo anno, oggi spesso trattenuti dalle Università. P.A.R.U. —



29 mar
2024

DAL GOVERNO

S
24

Nuove tariffe Lea, la Conferenza Stato-Regioni decreta lo slittamento al 1° gennaio 2025 malgrado le osservazioni della RGS. Cicchetti: Salvi gli screening neonatali come per la Sma

di Barbara Gobbi

PDF [Il decreto di rinvio approvato dalla Conferenza Stato-Regioni](#)

Il decreto che rinvia ulteriormente l'operatività dei tariffari Lea su assistenza specialistica e protesi e ausili è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. I nuovi nomenclatori entreranno dunque in vigore non già il 1° aprile come stabilito da ultimo (per entrambi) a fine 2023, ma dal 1° gennaio 2025.

Le indicazioni inascoltate della RGS. Una proroga sofferta, a cui il ministro Schillaci è arrivato (v. il decreto allegato) dopo aver valutato una serie di alternative e a cui Governo e Regioni hanno poi proceduto malgrado le indicazioni contenute in una articolata nota (del 26 marzo) giunta dalla Ragioneria Generale dello Stato. Che aveva proposto di “consentire l’entrata



in vigore del decreto a far data dal 1 aprile 2024 e di costituire al medesimo tempo un gruppo di lavoro che proceda alla definizione quanto prima delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e della protesica, che necessitano di revisione". Insomma, la richiesta della Rgs guidata da Biagio Simonetta sarebbe stata intanto di partire e poi di procedere con aggiustamenti in corsa. Anche perché negli anni e fino al 31 dicembre 2023, malgrado le proroghe ripetute, le Regioni hanno incassato - fa i conti la Rgs - oltre 3,4 miliardi di euro per l'aggiornamento di quelle tariffe legate al Dpcm del 12 gennaio 2017 (i "nuovi Lea"), che "in mancanza di provvedimenti attuativi sono stati comunque utilizzati dalle regioni per coprire altre occorrenze della spesa e soprattutto inefficienze/squilibri dei loro servizi sanitari. Forse è questo il principale motivo per la richiesta di proroga da parte regionale", è l'osservazione. Da cui discende la richiesta al ministero della Salute in occasione del riparto 2024 e successivi di "rendere indisponibili le risorse preordinate all'entrata in vigore delle nuove tariffe e quelle per l'aggiornamento dei Lea, pari a 631 milioni per il 2024 e 781 mln a decorrere dal 2025 fino all'effettivo utilizzo delle risorse per le finalità indicate dalle norme". Questo per "salvaguardare gli obiettivi assistenziali previsti ed evitare di coprire inefficienze regionali". La Rgs ribadisce infatti che "i finanziamenti preordinati per l'erogazione dei Lea vanno preservati da altri utilizzi che determinano maggiore spesa pubblica non in linea con la programmazione sanitaria nazionale".

Fin qui, le bacchettate alle Regioni. Ma la Rgs ne ha anche per la rete delle strutture private accreditate, che hanno lamentato l'impossibilità di operare a fronte di tariffari inadeguati. "Si ricorda a ogni buon fine che le tariffe oggi in vigore sono state adottate con Dm 18/10/2012, basate quindi su valutazioni ormai datate. Non si comprendono pertanto le problematiche legate ad un aggiornamento tariffario basato su dati molto recenti, con aggiornamenti apportati dal ministero della Salute a tutto l'anno 2022, dopo un ampio confronto sia con le regioni, che hanno peraltro espresso intesa sul provvedimento, sia con le associazioni di categoria interessate (sia mediche che degli erogatori di prestazioni)".

E poi la Rgs prosegue: "In merito ai processi di efficientamento dei laboratori analisi, ancora da attuare, al fine di salvaguardare la corretta gestione delle risorse nell'erogazione efficiente delle prestazioni assistenziali, si rammentano le conseguenze previste dalla normativa vigente nell'ambito del sistema premiale sul settore sanitario nelle regioni in ritardo su tale processo".

In definitiva, secondo la nota della Ragioneria "le differenze nell'erogazione di prestazioni tra le regioni, con l'ulteriore posticipo proposto, consoliderebbero le disparità assistenziali che attualmente si registrano nei territori regionali". Osservazioni su cui la Conferenza Stato-Regioni del 29

marzo è comunque andata oltre, scegliendo di procrastinare di ben ulteriori 8 mesi l'operatività delle tariffe.

Cicchetti: Lo screening Sma è salvo. «Il rinvio dell'entrata in vigore dei nuovi tariffari non comporta alcun ritardo per l'avvio degli screening neonatali per malattie come la Sma - tiene intanto a precisare in un comunicato ufficiale il direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, Americo Cicchetti -. Il provvedimento è infatti isorisorse, ovvero non prevede maggiori oneri per lo Stato. Dalla legge di bilancio 2019 sono state incrementate le risorse alle Regioni destinate agli screening neonatali. Alcune Regioni hanno da tempo li hanno avviati, altre invece no ed è importante che garantiscano questo servizio. Il ministero della Salute è al fianco dei pazienti e pronto a supportare quelle Regioni che ancora oggi non hanno avviato gli screening pur esistendo la copertura finanziaria».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 mar
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Tariffe Lea/ Cittadini (Aiop): «Soddisfazione per proroga Nomenclatore Tariffario a gennaio 2025»

di Red. San.

«Accogliamo con soddisfazione la decisione del Governo di prorogare a gennaio 2025 l'entrata in vigore delle nuove tariffe della specialistica ambulatoriale e protesica. Queste tariffe, infatti, non sono remunerative dei costi sostenuti dalle strutture, una circostanza che, nel caso dell'ospedalità, riguarda tanto le strutture della componente di diritto privato, quanto quelle della componente di diritto pubblico, che, nonostante i ripiani, si troveranno con bilanci sempre più precari e una forte criticità occupazionale. Adesso è urgente avviare con il ministero della Salute tavoli di lavoro per definire delle tariffe che siano remunerative delle voci di costo». Lo afferma Barbara Cittadini, presidente nazionale Aiop, l'Associazione italiana dell'ospedalità privata, commentando il rinvio dopo il lavoro sinergico fatto con le altre associazioni di categoria.

«Se analizziamo le voci confrontabili tra il tariffario Balduzzi e il tariffario 2023 - prosegue - vediamo che oltre il 60% ha un delta negativo e questo avviene, in particolare, per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. Si tratta di una riduzione delle tariffe che, per le prestazioni in diminuzione, comporta un'oscillazione dal 30% all'80%. Ad esempio, la remunerazione per il prelievo bronchiale in corso di broncoscopia viene



decurtata di 116 euro, mentre la tariffa legata alla biopsia in sede unica dell'intestino crasso in corso di colonscopia totale diminuisce di 57 euro, quindi un -47% sul 2012».

Cittadini evidenzia, inoltre, come «rispetto alle tariffe per visite specialistiche il rimborso rimane risibile, con il pericolo concreto di dover interrompere l'erogazione di servizi e prestazioni, riducendo la tutela garantita dal Servizio sanitario nazionale e, parallelamente, facendo aumentare le liste d'attesa, considerando - conclude - anche il peso degli incrementi dei costi energetici, dei materiali di consumo, delle attrezzature e dei reagenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità con i conti in crisi, l'Italia spende la metà di Francia e Germania

Corte dei Conti

Roma prima nei costi pagati
dai cittadini: 21% del totale,
il doppio degli altri big Ue

Il confronto con gli altri principali Paesi europei mette a nudo la crisi finanziaria della sanità italiana. A mostrarlo è la nuova relazione al Parlamento appena depositata dalla sezione Autonomie della Corte dei conti (delibera 4/2014).

Il bilancio pubblico italiano dedica alla sanità poco più di 3 mila euro ad abitante, il 47% della spesa che si registra in Germania e il 57% di quella francese. Il primo effetto collate-

rale è ovvio: l'Italia ha il primato della spesa diretta delle famiglie, che vale il 21,4% del totale contro l'11% dei tedeschi e l'8,9% dei francesi. Così le prestazioni continuano a reggere, anche se con divari territoriali sempre più gravi: la speranza di vita in salute a Bolzano è 16 anni superiore a quella della Calabria.

Bartoloni e Trovati — a pag. 3

Sanità in affanno, l'Italia spende la metà di Germania e Francia

Il confronto. Per la Corte dei conti le prestazioni ancora reggono ma i fondi pubblici fermi a 3.018 euro pro capite sono il 47% di quelli tedeschi e il 57,9% di quelli francesi. A Roma primato di spesa delle famiglie (21% del totale)

Gianni Trovati

ROMA

La categoria del miracolo non appartiene agli strumenti di analisi della finanza pubblica. Ma sembra avvicinarsi parecchio a quanto compiuto fin qui dal sistema sanitario italiano. Che viaggia su livelli di finanziamento pubblico ormai sideralmente lontani da quelli abituali nei principali Paesi europei, ma riesce comunque a garantire un livello di risultati in linea con le medie continentali: anche se con difficoltà crescenti, in un quadro macchiato da distanze sempre più allarmanti fra Nord e Sud.

Il quadro emerge chiaro dalla nuova Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali appena depositata dalla sezione Autonomie della

Corte dei conti (delibera 4/2014; relatori Paolo Peluffo ed Elena Tomassini). Con un'impostazione percorsa da forti elementi innovativi, l'esame dei magistrati contabili non si limita questa volta alla scansione puntuale dei dati di bilancio, ma si allarga in uno sguardo a tutto campo che incrocia i dati finanziari e quelli di performance, pescati dai dati sui livelli essenziali di assistenza (Lea) ma anche dagli indicatori sul benessere equo e sostenibile (Bes) elaborati dall'Istat e da quelli costruiti dall'Ocse sulle performance dei sistemi sanitari: collocando i risultati in un contesto internazionale che aiuta a inquadrare meglio le incognite della sanità di casa nostra.

I numeri parlano chiarissimo, come sono abituati a fare. La spesa pubblica italiana per la

sanità oscilla oggi intorno ai 131 miliardi, contro i 427 della Germania, i 271 della Francia e i 230 del Regno Unito. Nel rapporto al prodotto interno lordo, che misura in modo più efficace il confronto internazionale, noi ci fermiamo al 6,8%, mentre la Germania arriva al 10,9%, la Francia al 10,3% e il Regno Unito al 9,3%. Il grado di condizionamento imposto dallo stato dei



conti pubblici e dal livello del debito si fa ancora più evidente quando si guarda alle dinamiche degli ultimi anni. Fra 2016 e 2022 l'Italia ha realizzato la crescita economica più modesta fra i grandi Paesi del continente, con un +6,6% che si confronta con il +8,5% della Germania, il +8,2% della Francia e il +10,2% del Regno Unito. Ma è anche l'unica ad aver aumentato la spesa sanitaria meno del prodotto interno lordo: nello stesso periodo il contatore segna +6,6%, mentre Berlino, Parigi e Londra hanno fatto segnare valori fra il 24,8 e il 25,4%, a ritmi cioè circa quattro volte superiori a quelli italiani. In sintesi estrema, a parità di potere d'acquisto la spesa sanitaria italiana per abitante (3.255 dollari all'anno; circa 3.018 euro) è il 47% di quella tedesca (6.930 dollari) e il 57,9% di quella francese (5.622). Prima morale ricavabile: il vincolo prodotto dallo stato dei conti pubblici ha potuto più della pandemia e dei nuovi bisogni generati dal miglioramento delle tecnologie sanitarie e anche dall'invecchiamento della popolazione, altro fenomeno in cui l'Italia è primatista.

Ma nemmeno in sanità i pasti

sono gratis. E a fare da contraltare alla carenza di risorse pubbliche ci sono, banalmente, i portafogli degli italiani, che si caricano direttamente tramite prestazioni a pagamento una spesa annua da quasi 920 euro a testa, coprendo per questa via il 21,4% del costo complessivo della sanità italiana. I tedeschi invece si accontentano di pagare l'11% del totale, 882,6 euro in termini nominali, gli abitanti del Regno Unito si attestano a 763,9 euro (13,5%) e i francesi non vanno oltre i 544,9 euro, coprendo così l'8,9% della spesa complessiva. Basta una chiamata a un Centro di prenotazione unica per fissare la data di qualche esame o visita specialistica per capire il perché.

Ma anche con queste premesse complicate, sottolinea la Corte dei conti, «le performance del servizio sanitario nazionale riguardo agli esiti di salute e alla qualità delle cure, risultano generalmente superiori a quelle medie dei Paesi Ocse, e descrivono, quindi, un sistema sanitario mediamente efficiente ed efficace». A questo risultato concorrono per esempio parametri come tasso di mortalità prevenibile (in Italia 91 per

100mila abitanti) o trattabile (55 per 100mila) si fermano molto sotto alla media Ocse (rispettivamente 158 e 79 per 100mila abitanti); la mortalità a 30 giorni dopo un attacco ischemico in Italia arriva al 6,6% contro il 7,8% Ocse, e anche la qualità dell'assistenza primaria poggia su un livello molto basso di ricoveri inappropriati per infarto acuto (214 ogni 100mila abitanti contro 463) e gli accertamenti preventivi per lo screening del cancro al seno abbracciano il 56% delle donne (qui l'Ocse arriva al 55%). Andiamo peggio nel consumo eccessivo di antibiotici, nei tassi di mortalità per inquinamento e, naturalmente, nella disponibilità di risorse umane (6,2 infermieri ogni mille abitanti contro i 9,2 della media Ocse; -48,4%) e strutturali (3,1 posti letto ogni mille abitanti, 4,3 nell'Ocse: -38,7%). Perché i miracoli, appunto, non esistono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

131 miliardi

IL DIVARIO DELL'ITALIA

Si attesta a 131 miliardi la spesa pubblica italiana per la sanità. In Germania lo Stato spende 427 miliardi, in Francia 271.

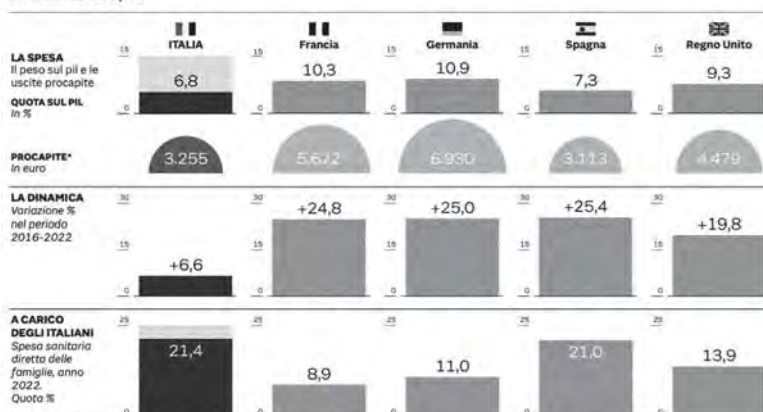
LO STALLO

Nonostante la pandemia, fra 2016 e 2022 le uscite sono aumentate del 6,6% contro il +25% degli altri big europei

IL «MIRACOLO»

Risultati su emergenze e assistenza sopra la media Ocse ma deficit di infermieri (-48,4%) e posti letto (-38,7%)

Il confronto europeo



* prezzi correnti a parità di potere d'acquisto - ** anno 2021. Fonte: Corte dei conti, relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali



Vita in salute: a Bolzano dura 16 anni in più rispetto alla Calabria

Gli esiti

Pesano gli stili di vita, ma anche la qualità delle cure erogate dalle Regioni

Marzio Bartoloni

Bastano poco meno di mille chilometri per vivere in salute 16 anni di più. Chi nasce nella Provincia di Bolzano ha infatti maggiori possibilità di trascorrere gran parte della vecchiaia senza l'afflizione di patologie croniche spesso invalidanti al contrario di chi quella vecchiaia deve trascorrerla in Calabria dove l'indicatore di vita in buona salute alla nascita crolla a 53,1 anni, 16 anni in meno appunto che in Alto Adige. Tra l'altro se ci sposta poco più in là si scopre che a Trento si ha una speranza di vita di ben 3 anni superiore a quella della Campania

Sono forse questi i numeri più eclatanti raccolti dalla Corte dei conti nella sua relazione che raccontano meglio di tutti quali divari ci siano nello stato di salute degli italiani. La colpa? Le variabili sono tante: sicuramente pesano gli stili di vita che vedono una frattura tra Nord e Sud: si passa a esempio da un 25,6% di sedentarietà in Lombardia al 53,4% in Campania, al 58,2% in Calabria e al 57,7% in Sicilia. «Non stupisce dunque - sottolineano i magistrati contabili - che in termini di eccesso di peso il non soddisfacente dato medio nazionale del 44,5% della popolazione maggiorenne va disaggregato con un picco del 54,1% in Campania, del 52,8% in Basilicata, del 49,2% in Sicilia» da confrontare con il 42,4% di Piemonte e Toscana e il 38,8% di Bolzano.

Ma non sono solo le abitudini degli italiani che cambiano in base alla latitudine a spiegare queste fratture in termini di performance di salute. La Corte dei conti che mette in fila stavolta non solo i numeri della spesa sanitaria ma anche gli esiti degli investimenti in Sanità racconta bene anche di un Servizio sanitario nazionale che viaggia a velocità molto diverse: la cartina di tornasole di queste faglie all'interno del Ssn è la misurazione dei cosiddetti Lea, i livelli essenziali di assistenza e cioè le cure che il Ssn dovrebbe garantire a tutti gli italiani gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket allo stesso modo in tutta Italia. Ebbene la fotografia degli ultimi anni che viene scattata dal ministero della Salute è sempre uguale e molto nitida: Il Nord con alcune eccezioni supera abbondantemente la sufficienza in tutti e tre i macro indicatori con cui si misura l'effettiva erogazione dei Lea e cioè il settore della prevenzione (come gli screening), del distretto (le cure cioè sul territorio) e dell'ospedale, mentre al Sud anche qui con alcune eccezioni importanti con fatica raggiunge la sufficienza in tutti e tre i macro indicatori. Gli ultimi dati definitivi di queste "pagelle" sono quelli del 2021 quando sono state sette le Regioni che hanno riportato un punteggio insufficiente in almeno una delle tre aree, «di cui due (Valle d'Aosta e Calabria) in tutte e tre le aree, una (Sardegna) in due, e quattro solo in una (P. A.

di Bolzano, Molise, Campania, Sicilia)». Nella sua relazione la Corte dei conti pubblica anche i dati «provvisori» relativi al 2022 dove quasi la metà delle Regioni incassa almeno una insufficienza: anche qui a prevalere è il Sud con Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna a registrare le performance peggiori. Al contrario ormai da diversi anni il podio delle Regioni più virtuose nell'erogare i Lea lo conquistano Veneto, Emilia e Toscana seguite a stretto giro dalla Lombardia. Tra l'altro oltre a garantire meglio le cure spesso le Regioni del Nord ne garantiscono di più: ieri ad esempio doveva entrare in vigore un nuovo pacchetto di prestazioni gratuite ma il Governo ha deciso di farle slittare al 2025, un rinvio che per alcune Regioni (spesso del Nord) non vale visto che con risorse proprie hanno deciso già di assicurarle (si veda articoli a pagina 22).

Questi divari tra le Regioni in termini di performance diventano anche una calamita per la cosiddetta «mobilità sanitaria», in pratica i vecchi "viaggi della speranza" dal Sud al Nord in cerca di cure migliori: chi fa le valigie per curarsi lo fa soprattutto da Campania, Calabria e Sicilia verso Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna. Con quest'ultima che nel 2022 e nel 2023 attrae ormai molti più pazienti (e fondi) che la Lombardia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Liste d'attesa, maxi piano taglia tempi

Sanità

Agli ospedali con le code più lunghe 600 milioni. Stop fondi a pioggia alle Regioni
Finanziamenti per il lavoro extra del personale o per le prestazioni dei privati

Per le liste d'attesa il Governo è pronto a lanciare un piano straordinario di 600 milioni l'anno, che non andranno a pioggia alle Regioni ma agli ospedali o alle singole Asl con le code più lunghe, come risulterà da un attento monitoraggio.

I fondi serviranno per pagare l'extra lavoro di medici e infermieri ma anche per acquistare dalle

strutture private le prestazioni se gli ospedali pubblici non ce la faranno con le loro forze.

Marzio Bartoloni — a pag. 3

Per abbattere le liste di attesa un maxi piano da 600 milioni

Le misure. Fondi non più a pioggia alle Regioni ma assegnati agli ospedali con le code più lunghe che potranno spenderli per il lavoro extra del personale o per acquistare le prestazioni dai privati

Marzio Bartoloni

Il Governo, con in prima fila il ministro della Salute Orazio Schillaci, è pronto a lanciare un piano straordinario che vale fino a 600 milioni l'anno da replicare fino a fine legislatura per sconfiggere il nemico numero uno della Sanità italiana: le liste d'attesa. I fondi serviranno per pagare l'extra lavoro di medici e infermieri ma anche per acquistare dalle strutture private le prestazioni se gli ospedali pubblici non ce la faranno con le loro forze: ma rispetto al passato le risorse non saranno distribuite a pioggia alle Regioni che neanche davanti alla grande domanda di cure del dopo pandemia sono state capaci di spenderli tutti, stavolta i soldi saranno assegnati dal ministero della Salute direttamente alla singola Asl dove la coda per una lastra, una tac o un ricovero sono più lunghe come risulterà

dall'attento monitoraggio che si sta mettendo in piedi.

Per tagliare le lunghe attese a cui sono condannati i pazienti si lavorerà anche all'unificazione delle agende delle prenotazioni degli ospedali pubblici e di quelli privati convenzionati, così i Cup potranno smistare le richieste dei cittadini lì dove c'è il posto (oggi questa unificazione ancora non è a regime in molte parti d'Italia). Infine c'è la parte più complessa del piano che nel medio lungo periodo può portare risultati molto significativi: quella della cosiddetta «appropriatezza prescrittiva». Oggi i medici anche per difendersi da eventuali cause - un fronte sul quale il Governo sta lavorando con la riforma della colpa medica - preferiscono prescrivere un esame o una visita in più per tutelarsi, ma in diversi casi questa prestazione non è davvero necessaria per il paziente. Il problema è che questa

iperprescrizione contribuisce a ingolfare il sistema e quindi ad allungare ancora di più le liste d'attesa. Da qui l'idea di affidare all'Istituto superiore di Sanità il compito, a cui sta già lavorando, di mettere a punto linee guida sui percorsi di cura in cui saranno indicate le prestazioni appropriate da prescrivere a cui i medici si dovranno adeguare per limitare inutili sprechi.

Il piano sulle liste d'attesa prenderà corpo con un decreto legge che



dovrebbe vedere la luce nelle prossime settimane, ma sicuramente prima delle elezioni europee di giugno: la Sanità è un punto molto sensibile per gli italiani e per questo la premier Giorgia Meloni ci punta parecchio, come ha anticipato nei giorni scorsi: «Stiamo lavorando a un provvedimento sulle liste d'attesa, con un'attenzione particolare alle regioni che hanno un'alta mobilità passiva. Ossia quando» per curarsi una persona «si deve trasferire e la sua regione paga l'altra». Le liste d'attesa più lunghe si concentrano infatti soprattutto in alcune aree del Paese e in particolare nel Sud e così i pazienti fanno le valigie soprattutto da Campania, Calabria e Sicilia in cerca di cure negli ospedali di Lombardia, Emilia e Veneto spostando un flusso di denaro - soprattutto da Sud a Nord - che nel 2022 solo per i ricoveri si aggirava sui 2,7 miliardi. Ora l'idea di base del piano non è più quella di distribuire alle Regioni pro-quota i fondi - si parla di 600 milioni l'anno - come è accaduto in passato, quando subito dopo i mesi più duri della pandemia nel 2022 erano stati stanziati 500 mi-

lioni per recuperare le liste d'attesa, ma dopo due anni rimanevano da spendere ancora 160 milioni. Stavolta,

in base a un monitoraggio chirurgico e dettagliato a livello di singolo ospedale che sarà affidato all'Agenas - l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - si saprà con precisione dove una struttura sanitaria fa più fatica ad assicurare un ricovero, una tac o una lastra (oggi non ci sono dati ufficiali). Così, ad esempio, se l'Asl di Matera è in affanno arriveranno i fondi del ministero per provare ad accorciare le liste d'attesa: con quei soldi la struttura pagherà di più il personale per fare gli straordinari o ricorrerà alla rete di strutture private accreditate per acquistare quella prestazione per cui si è creata la coda. A confermare questa direzione è stato nei giorni scorsi anche il ministro Schillaci: «L'abbattimento delle liste di attesa è una priorità del Governo al fine di affrontare un problema annoso della nostra sanità. Il privato convenzionato è certamente parte integrante del nostro Sistema sanitario. La direzione è quel-

la di garantire un'offerta adeguata ai cittadini. A tal fine, serve l'apporto di tutti gli attori coinvolti, la collaborazione dei vari stakeholder e delle Regioni per superare le tante disegualianze che costringono spesso alla migrazione sanitaria».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TROPPE RICETTE
Sotto la lente anche le troppe prescrizioni dei medici: dall'Iss linee guida per garantire più appropriatezza

IL COSTO DELLE ATTESE

2,5 milioni

Italiani che non si curano a causa delle liste d'attesa

Sono quasi 2,5 milioni gli italiani (il 3,8% della popolazione) che pur avendone bisogno non si sono curati in passato per colpa delle liste d'attesa troppo lunghe. Se negli anni scorsi tra gli italiani prevaleva soprattutto la paura del contagio del Covid o i motivi economici, ora sono i tempi troppo lunghi per ottenere una visita, una tac o una ecografia - spesso molti mesi fino a ben oltre un anno - la causa numero uno per non curarsi. La rinuncia - come ha certificato l'Istat - aumenta ovunque in Italia (esplode infatti anche al Nord) e colpisce tutti senza distinzione di reddito a dimostrazione di come la barriera dell'accesso stia diventando un muro sempre più invalicabile dopo lo tsunami della pandemia che ha allungato ancora di più le attese per ottenere una prestazione sanitaria.



IMAGOECONOMICA

Tempi più brevi.

Il governo pronto a varare misure per accorciare le liste d'attesa nella sanità



Pnrr e tagli alla sanità. Gli errori nella strategia del governo

Nelle ultime settimane vi sono state forti lamentele delle regioni per il taglio di alcuni investimenti nella missione "sanità" del Pnrr. In particolare, si tratta del progetto "sanità connessa" per 200 milioni, ma soprattutto della cancellazione dal Piano nazionale complementare (Pnc - il piano parallelo al Pnrr finanziato con il bilancio nazionale) del progetto "verso un ospedale sicuro e sostenibile" per il 1,2 miliardi. Quel progetto finanzia il miglioramento strutturale degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme antisismiche. Il governo sostiene che è possibile attingere alle risorse per il programma dell'edilizia sanitaria (ovvero i fondi ordinari dell'art. 20 della legge 67/1988) e che quindi non c'è nessun taglio.

Hanno ragione le regioni. E' vero che formalmente esiste un fondo su cui, secondo l'ultima audizione della Corte dei Conti, residuavano a maggio 2023 10,4 miliardi per programmi ancora da sottoscrivere. Tuttavia, finché il programma non viene sottoscritto, con lunga e complessa procedura, e quindi il suo costo inserito in legge di bilancio, i 10,4 miliardi non hanno di fatto copertura. Se si vuole finanziare il taglio alla sanità con il fondo relativo al programma per l'edilizia sanitaria, bisognerà prevederne la copertura nella prossima legge di Bilancio. L'altra possibilità è che si attinga alle risorse relative a progetti, sempre finanziati con il fondo per l'edilizia, già approvati, per cui sono previsti impegni in legge di Bilancio per 940 milioni nel 2024, 1,2 miliardi nel 2025 e 1,1 nel 2026. Nella prossima legge di Bilancio si potrebbero definanziare tali impe-

gni, ma ciò vorrebbe dire non fare alcuni progetti per farne altri: sarebbe un gioco a somma zero. Inoltre, se alcuni investimenti fossero già stati avviati, potrebbe essere un'operazione difficile da fare. In teoria rimangono anche i residui passivi per circa 2,8 miliardi, ma solo in teoria perché questi sono debiti dello stato, relativi a impegni già presi, e quindi non si possono definanziare.

Le possibilità sono quindi tre: o si fa più debito, o si definanziano altri progetti, o si taglia il progetto di messa in sicurezza sismica degli ospedali. Poiché il Pnc ha le stesse regole del Pnrr, con questi tagli si rinuncia a inserire questi progetti in un canale che avrebbe usato procedure e vincoli temporali tali da renderne possibile l'attuazione. Invece il governo li sta rimettendo a carico dei finanziamenti ordinari, ben sapendo che con le procedure ordinarie si procede con grande lentezza. Il taglio di 1,2 miliardi implicherà minori interventi per adeguamenti antisismici nelle strutture ospedaliere: le unità da adeguare sono infatti passate da 109 a 84. Anche nel caso in cui si riuscisse a trovare le risorse per finanziare tale taglio, la procedura perché queste siano attivate è particolarmente complessa, tale da far sì che il finanziamento, semmai, sarà necessario tra un paio di anni se non molto di più. Nei fatti, significa rinviare o molto probabilmente cancellare del tutto gli interventi per la messa in sicurezza di strutture ospedaliere già esistenti.

Infatti, prima di arrivare alla necessità di trovare una copertura finanziaria le procedure attuative dei fondi or-

dinari per l'edilizia sanitaria sono così distribuite: i) le Aziende sanitarie locali (Asl) presentano alle regioni un'idea progettuale; ii) le regioni valutano la fattibilità dell'intervento, inseriscono il progetto nel programma degli interventi; iii) il programma degli interventi viene sottoposto al ministero della Salute; iv) il ministero della Salute, valutati gli studi di fattibilità, autorizza gli interventi mediante la sottoscrizione di Accordi di programma; v) le regioni fanno richiesta di finanziamento dei singoli interventi al ministero della Salute; vi) intervenuta l'ammissione a finanziamento, le Asl procedono all'indizione delle gare per attuare gli investimenti. La procedura è lunga e complicata e coinvolge almeno tre livelli di amministrazione: le Asl, le regioni e il ministero nonché ovviamente la conferenza Stato-regioni: ci vogliono anni per arrivare alla fine. Tutti gli sforzi compiuti negli anni passati per semplificare questa procedura, a ora sono stati frustrati.

Alla fine, la situazione nel comparto sanità è questa. L'anno scorso sono state ridotte le case di comunità da 1.350 a 1.038 (il governo le voleva ridurre a 936) e ora il progetto per la messa in sicurezza antisismica degli ospedali. Nel frattempo non si è affrontato l'unico tema che andava davvero risolto: rinnovare la convenzione con i medici di base per indurli a lavorare all'interno delle case di comunità, che altrimenti rischiano di rimanere vuote.

Marco Leonardi
Leonio Rizzo



Per i buchi in corsia più facile assoldare 24mila specializzandi

I giovani medici

Un emendamento al dl Pnrr
per sbloccare le assunzioni
a tempo determinato

Come fare a scalare la montagna delle liste d'attesa con le stesse forze - poche e stremate dopo la pandemia - che finora quelle odiose code non sono riuscite ad abatterle costringendo milioni di italiani ad aspettare per curarsi? Una mano importante potrebbe arrivare dalla possibilità di impiegare part time i giovani medici che dopo la laurea in medicina si stanno ancora specializzando. Si tratta di un piccolo esercito di oltre 24mila giovani camici bianchi che già dal secondo anno di corso (che durano anche 5 anni) possono essere assoldati nelle corsie con contratti a tempo determinato: la norma esiste già dal 2018, sperimentata durante la pandemia è diventata strutturale con il decreto bollette del 2023 (doveva scadere nel 2025) grazie al ministro della Salute Orazio Schillaci che l'ha fortemente voluta. Peccato che le università con le loro scuole che formano gli specializzandi continuano a mettere mille paletti di fatto vietando a tanti giovani di poter partecipare ai concorsi: stime ufficiali non ce ne sono ma ad oggi non più di 2-3mila giovani medici sono stati impiegati così nonostante la grande carenza di camici bianchi in corsia.

Ora però grazie a una modifica all'ultimo decreto Pnrr (quater) atteso in aula alla Camera il 12 aprile questa impasse potrebbe essere finalmente sbloccata: diversi emendamenti segnalati della maggioranza - come quelli a firma

di Annarita Patriarca (Fi) - prevedono infatti la possibilità per il giovane medico di potersi specializzare nella struttura che lo ha assoldato con contratto a tempo (che alla fine può diventare indeterminato) anche se questa «non è inserita nella rete formativa della sede della scuola di specializzazione cui è iscritto lo specializzando stesso». In pratica uno specializzando in anestesia di Palermo potrà lavorare e completare la sua formazione anche in una struttura di Roma che non rientra nella rete formativa della sua scuola di appartenenza, a patto che ovviamente dietro alla nuova struttura dove sarà impiegato ci sia sempre una scuola di anestesia.

«Questo emendamento incrementerà ulteriormente l'entità delle assunzioni dei medici in formazione nel Servizio sanitario nazionale, una opzione considerata dalla quasi totalità degli specializzandi come una grande opportunità lavorativa, retributiva e formativa, risolvendo una importante questione procedurale. Migliaia di specializzandi, per via di una forzatura di interpretazione della normativa vigente da parte delle Università, sono attualmente assunti per soli 18 mesi nelle migliaia di strutture accreditate dall'Osservatorio Nazionale della Formazione medica della propria disciplina non facente parti della scuola in cui sono iscritti, con questo emendamento si permette loro in maniera definitiva il periodo di

assunzione fino al conseguimento del titolo di specializzazione con l'automatica assunzione a tempo indeterminato», avverte Giammaria Liuzzi responsabile di Anaa giovani (la principale sigla degli ospedalieri). Per Liuzzi eliminando questo «ostacolo» si mette fine «ad un diffuso deterrente utilizzato dai direttori di scuola per «convincere» gli specializzandi a non ultimare le procedure di assunzione dopo aver vinto regolare concorso pubblico».

La misura dunque potrebbe dare una bella spinta alle assunzioni anche per specialità dove ci sono molte carenze e per le quali si ricorre spesso ai gettonisti: solo per anestesia sono 3193 i giovani medici assumibili, 1405 in chirurgia generale e ben 1437 in medicina d'emergenza che forma i medici del pronto soccorso dove c'è la carenza maggiore.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici in fuga: sfida e soluzioni per il SSN italiano

La fuga dei medici dall'Italia rappresenta una sfida significativa per il SSN, soprattutto considerando la carenza di personale che si è acuita durante la pandemia e che ora si manifesta in modo ancora più evidente. Il tentativo di incentivare il ritorno di questi professionisti mediante sconti fiscali rappresenta un'azione concreta, tuttavia, è importante analizzare le cause profonde di questa emigrazione e adottare misure a lungo termine per affrontare il problema in modo più efficace. L'esodo dei medici è principalmente guidato dalle migliori condizioni di lavoro e stipendi più alti che possono trovare all'estero. Secondo i dati forniti dalla Fnomceo, si stima che tra il 2019 e il 2023 quasi 39.000 medici abbiano lasciato l'Italia, con una significativa crescita negli ultimi anni. L'attrattiva dei salari maggiori in paesi come il Lussemburgo, l'Islanda e l'Olanda, unita a un carico lavorativo spesso eccessivo e a una scarsa qualità della vita personale, ha spinto molti professionisti a cercare opportunità

altrove. Secondo invece Anaa Assomed in un suo recente sondaggio, si rivela una realtà ancora più allarmante: la stragrande maggioranza dei medici intervistati lamenta un carico lavorativo eccessivo e una vita personale insoddisfacente. La mancanza di sostituzioni per le gravidanze, la difficoltà nell'utilizzare ferie e ore di aggiornamento, e la carenza di posti letto ospedalieri sono solo alcune delle sfide che i medici affrontano quotidianamente. Il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, sta studiando assieme ai suoi tecnici una strategia ambiziosa per incentivare il ritorno dei medici emigrati all'estero verso l'Italia, nonostante gli stipendi più bassi rispetto alla media europea. L'idea consisterebbe nel replicare un sistema di sconti fiscali già in atto per docenti e ricercatori, estendendolo ai professionisti sanitari. Uno sconto fiscale fino al 90% sulle tasse, nel periodo d'imposta in cui la residenza viene trasferita e nei successivi cinque anni. In pratica, solo il 10% degli emolumenti percepiti concorre alla formazione del

reddito di lavoro dipendente o autonomo durante questo periodo. Affrontare questa situazione richiede però interventi su più fronti.

In primo luogo, è essenziale differenziare le retribuzioni in base alle specializzazioni e adeguarle alla media europea per rendere la professione medica più competitiva e attrattiva. Inoltre, è fondamentale ridurre i carichi di lavoro e rispettare gli orari, garantendo anche maggiori opportunità di crescita professionale e sostituendo adeguatamente le assenze per maternità. Parallelamente, è necessario investire nella riorganizzazione dei servizi sanitari, migliorando i percorsi assistenziali ospedale-territorio e aumentando il numero di posti letto ospedalieri.

Solo attraverso un approccio integrato e sistematico si potrà invertire il trend dell'emigrazione dei medici e garantire un Servizio Sanitario Nazionale sostenibile e di alta qualità per tutti i cittadini italiani.

Giovanni Ianni



Pensioni, scuola e sanità i costi della crescita zero

► Soltanto alzando l'età di uscita dal lavoro ► Nei prossimi dieci anni passeranno da 7,4 a 6 milioni gli alunni nelle scuole sarà ancora possibile pagare gli assegni

IL FOCUS

ROMA Dicono i ginecologi che, di questo passo, nel 2225 nascerà l'ultimo italiano. Ma nella speranza che i nostri pronipoti, fra 200 anni, possano smentire questa catastrofica previsione, nell'immediato il crollo delle nascite (appena 379mila nel 2023 con un tasso di natalità pari al 6,4 per mille in calo dello 0,3) e il contestuale invecchiamento della popolazione rischiano di inceppare il sistema previdenziale, di far chiudere le scuole e di distruggere il sistema sanitario. A meno che non si prendano, da subito, adeguate contromisure. A cominciare dalle pensioni.

«Con questo tasso di natalità - ha avvertito la scorsa estate il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti - nessun sistema previdenziale può reggere». I numeri, al momento, non sono da allarme rosso. I pensionati sono tornati a crescere lievemente nel 2023 (tanto che dati Inps indicano una spesa di 248 miliardi di euro in crescita di ben 17 rispetto all'anno precedente) a quota 16,13 milioni ma gli occupati aumentano più rapidamente sfiorando i 23,3 milioni (oltre 400mila in più in un anno) facendo salire il rapporto tra le due grandezze a 1,44. Tuttavia le proiezioni dicono che nel 2050 questo rapporto sarà di un 1 contro 1.

Un dato insostenibile per poter garantire il pagamento delle pensioni, soprattutto perché i giovani che entrano oggi nel mercato del lavoro hanno carriere discontinue e salari bassi.

LE PREVISIONI

L'Italia è il paese d'Europa più vecchio: il 21,4% della popolazione

ne ha più di 65 anni, rispetto a una media Ue del 18,5. In quest'ottica, per il 2050, l'Istat prevede che gli anziani in Italia saranno 21.775.809, il 34,3% della popolazione. È da qui che bisogna partire per capire che cosa accadrà in futuro sul versante del welfare.

«Ad oggi - si legge nel rapporto dell'Osservatorio Itinerari previdenziali, diretto da Alberto Brambilla - il sistema è sostenibile e lo sarà anche tra 10-15 anni, nel 2035/40, quando la maggior parte dei baby boomer nati dal Dopoguerra al 1980 - in termini previdenziali assai significative data la loro numerosità - si saranno pensionate. Perché si mantenga que-

sto sottile equilibrio - prosegue il think tank - sarà però indispensabile intervenire in maniera stabile e duratura, tenendo conto di alcuni principi fondamentali: le età di pensionamento, attualmente tra le più basse d'Europa (circa 63 anni l'età effettiva di uscita dal lavoro in Italia nonostante un'aspettativa di vita tra le più elevate a livello mondiale), e che dovranno dunque gradualmente aumentare evitando il ricorso ai pensionamenti anticipati; l'invecchiamento attivo dei lavoratori, attraverso misure volte a favorire un'adeguata permanenza sul lavoro delle fasce più senior della popolazione; le politiche attive del lavoro, da realizzare di pari passo con un'intensificazione della formazione professionale, anche on the job; la prevenzione, intesa in senso più ampio come capacità di progettare una vecchiaia in buona salute».

Per ora soprattutto nelle scuole dell'infanzia e della primaria. Ma l'ombra lunga della denatalità si sta già allungando anche alle medie, e a breve interesserà pure le superiori.

Le statistiche evidenziando come tra 10 anni dai 7,4 milioni di studenti del 2021 si scenderà a poco più di sei milioni, al ritmo di 110-120 mila ragazzi in meno ogni anno. E tutto questo sta avendo effetto sugli istituti scolastici.

Una ricerca della rivista specializzata "Tuttoscuola" fa i primi calcoli (e sono drammatici). Negli ultimi dieci anni, è scritto nello studio, elaborato su dati ufficiali pubblicati sul sito del ministero dell'Istruzione e del

merito, in Italia sono state sbarrate le porte di oltre 2.600 scuole, solo nel segmento delle scuole dell'infanzia e primaria (che, come noto, interessano gli alunni tra i 3 e gli 11 anni di età). E nei prossimi cinque anni si può stimare che ne chiuderanno almeno altre 1.200, tra statali e paritarie.

L'emorragia di iscritti non si è fermata mai negli ultimi dieci anni e ha colpito soprattutto al Sud: delle 2.600 scuole chiuse tra l'anno scolastico 2014-15 e il corrente due su tre (oltre 1.700) si trovava-

CULLE E BANCHE VUOTI

Se dai pensionati passiamo ai giovani la situazione appare molto più complessa: culle vuote, da anni, sono già diventate banche sguarnite ed edifici scolastici chiu-



no nel Meridione. Il 15% delle scuole chiuse erano nel Nord-Ovest (-382), il 10% nel Nord-Est (-245) e il restante 11% al Centro (-289 scuole).

L'ASSISTENZA

Orizzonte grigio anche nella sanità. Attualmente gli over 65 rappresentano il 24% della popolazione ma nel 2050 saranno quasi il 35%, con gli ultraottantenni che passeranno dal 7,6% della popolazione a oltre il 14% e gli ultracentenari che quasi quadruplicheranno.

Tutto questo ha e avrà delle ricadute sempre più importanti

sulla sanità pubblica: in generale ci si rivolge sempre più spesso al sistema sanitario nazionale tanto più si invecchia, e in particolare con l'età cresce la possibilità di sviluppare malattie croniche come diabete, ipertensione e dislipidemie, che è importante sia diagnosticare in tempo che gestire e monitorare su base regolare.

Da questo punto di vista i medici di medicina generale hanno un ruolo importantissimo nella sanità pubblica ma nei prossimi anni sono attese 10 mila uscite contro 3 mila assunzioni. Inoltre la cosiddetta "media paziente", ovvero il numero di pazienti per medi-

co di medicina generale, è stata concepita quando l'età media era molto più bassa di quella attuale, e quindi ogni cittadino aveva bisogno di rivolgersi al suo medico meno spesso di quanto non succede oggi.

Michele Di Branco

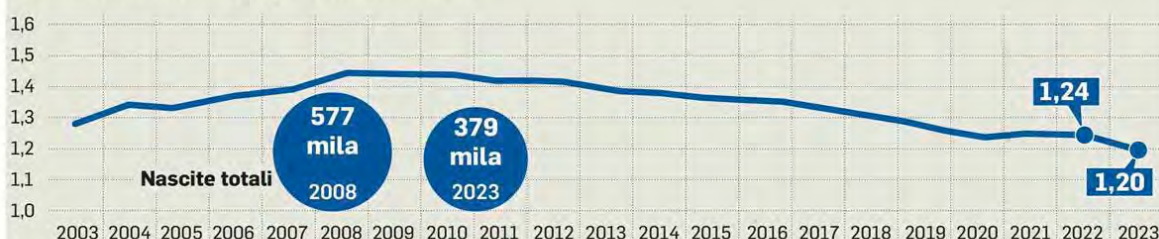
© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MONITO DI GIORGETTI: «CON QUESTO TASSO DI NATALITÀ NESSUN SISTEMA PREVIDENZIALE POTRÀ REGGERE»

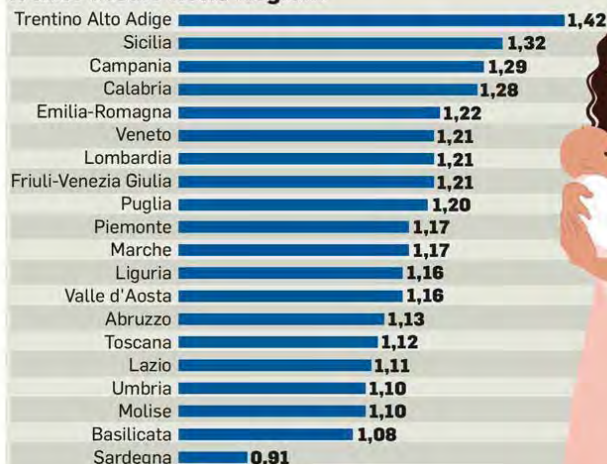
DA RIMODULARE ANCHE IL MODELLO DI ASSISTENZA PERCHÉ SARÀ MAGGIORE IL NUMERO DI MALATI CRONICI

Le nascite a picco

Numero medio di figli per donna in Italia



Il dato medio nelle Regioni



Il saldo migratorio



Le inchieste

Anziani e disabili
la riforma tradita
del welfare

di **Rosaria Amato**

● alle pagine 12 e 13
con un commento

di **Linda Laura Sabbadini**

● a pagina 29



Famiglie e anziani traditi Il governo risparmia sui non autosufficienti

Rinvii, indennità difficili da ottenere e una riforma dell'assistenza domiciliare di fatto cancellata
Sul decreto welfare le critiche delle associazioni di settore: "Servirebbero 5-7 miliardi"

di **Rosaria Amato**

ROMA – «Le premesse per questa legge erano grandi, e ci siamo ritrovati con una montagna che ha partorito un topolino». Mario Possenti, segretario generale della Federazione Alzheimer Italia, esprime con più forza di altre organizzazioni del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" la delusione per il decreto attuativo della riforma, appena pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Perché per gli 1,4 anziani affetti da demenza in Italia, di cui il 50/60% soffre di Alzheimer, le carenze della rete di assistenza sono un problema doppio: «La mancata riforma dell'indennità di accompagnamento pesa in particolare sui fa-

miliari delle persone con demenza, che di solito non ottengono mai alla prima richiesta l'assegno», spiega.

Un rifiuto che lascia tutti i problemi di assistenza ai parenti, condannati a seguire il proprio anziano «nella solitudine del proprio domicilio», e che quindi sono «ad altissimo rischio di burnout». Per le persone affette da demenza la propria casa «è un rifugio sicuro», un aggancio insostituibile alla realtà, sostenibile solo però con l'assistenza domiciliare.

Proprio la mancata riforma dell'assistenza domiciliare è però una delle carenze maggiori del decreto attuativo 29/2024 della legge delega 33/2023, a giudizio del "Patto". La

legge prevede l'istituzione di un Sistema Nazionale Assistenza Anziani con la programmazione integrata di interventi sociali, sanitari e prestazioni economiche, che dovrebbe coordinare e rendere efficaci gli interventi mai sufficienti e adeguati degli enti locali e del sistema sanitario, spesso limitati ad alcuni mesi l'anno. Ma il decreto, a giudizio del "Patto", «non individua strumenti operativi che rendano fattiva la collabora-



zione tra gli attori», e sancisce quindi «la frammentazione» del sistema. Se viene di fatto «cancellata» la riforma dell'assistenza domiciliare, quella delle strutture residenziale, secondo gli addetti ai lavori, viene invece «accennata», dal momento che il decreto si limita a rimandare a un successivo provvedimento.

Osservazione che non viene negata dal governo: il viceministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Maria Teresa Bellucci, responsabile della riforma, ha spiegato in più occasioni come la legge 33/2023 sia ancora in piena attuazione, è prevista la messa a punto di numerosi altri decreti, alcuni dei quali sono di competenze del ministero della Salute. «Non posso che esprimere preoccupazione per la scarsa attenzione al tema della residenzialità. - obietta però Franco Massi, presidente di Uneba, una rete di organizzazioni che lavorano nel settore socio-sanitario - Eppure dopo la pandemia c'è stato un aumento significativo delle liste d'attesa, che ricade sui 215 mila posti letto per gli ospedali per i malati acuti. Posti letto che hanno un costo per il servizio sanitario di 750 euro al giorno, contro i 55 della Rsa». Uneba intravede tuttavia uno spiraglio positivo nel decreto, anche se andrebbe adeguatamente sviluppato: «Si fa riferimento ai centri multi-

servizi, che sono cresciuti molto intorno alle Rsa, e ai centri diurni, che hanno un costo ancora più contenuto rispetto alle Rsa, e in molti casi costituiscono una soluzione ottimale, sono gli anelli tra l'assistenza domiciliare e le Rsa. Il problema è che il decreto rinvia a ulteriori provvedimenti lo sviluppo e le risorse per questo tipo di servizi, e non prevede neanche per l'inserimento di altro personale qualificato e specializzato nelle Rsa. Ci aspettiamo, nei prossimi decreti, un preciso piano di investimento per i centri diurni».

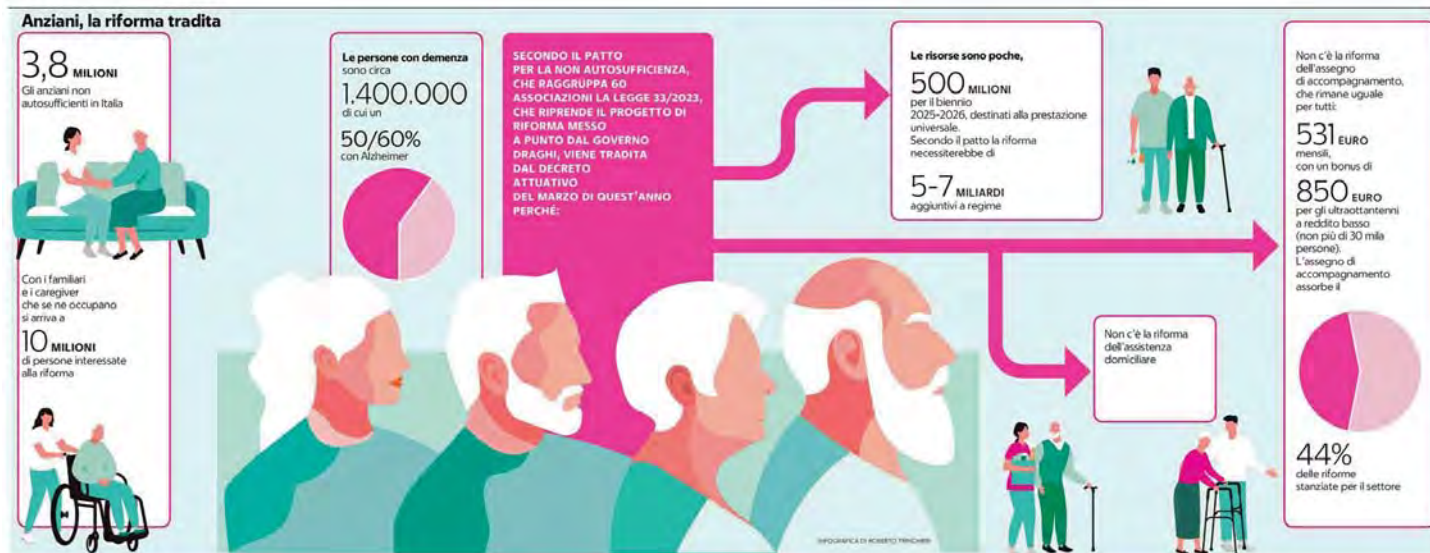
Secondo le associazioni del «Patto» l'attuazione della legge 33/2023 richiederebbe, a regime, uno stanziamento superiore di 5-7 miliardi rispetto a quello attuale. Una cifra, certo, imponente. Sulla questione risorse, ma anche sul metodo della riforma, c'è stata anche la contestazione della Conferenza delle Regioni, e in particolare di Emilia-Romagna, Puglia, Campania e Toscana.

Il governo si è impegnato a reperire gradualmente altre risorse, ma intanto il sistema rimane largamente carente. Un passo in avanti potrebbe essere, secondo le organizzazioni del «Patto», la riforma dell'assegno di accompagnamento, 531 euro mensili che al momento vengono erogati a circa 1,5 milioni di persone, a prescindere dal reddito, e che

costituiscono il 44% dei fondi attualmente a disposizione del settore (circa 9 miliardi). Questa riforma potrebbe permettere di garantire risorse e servizi in più alle persone in situazioni di maggiore bisogno, ma nella relazione al decreto si ribadisce invece che l'indennità di accompagnamento non viene modificata «per una precisa scelta del governo». Le poche risorse in più stanziata dal decreto, 500 milioni per il 2025 e il 2026, vengono concentrate su un aiuto sostanzioso riservato agli ultraottantenni con patologie gravi, percettori di indennità di accompagnamento e Isee inferiore a 6.000 euro, 850 euro al mese. Un intervento che, oltre a essere per pochissimi (non oltre 30 mila persone), non è neanche strutturale.

Ma la vera questione secondo le organizzazioni rimane che, prima ancora dei fondi, «mancano i progetti da finanziare».

Per finanziare la legge approvata da Draghi solo 500 milioni riservati agli over 80 a basso reddito: sono 30 mila su 3,8 milioni da assistere



29 mar
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Giornata internazionale autismo: il 2 aprile Comuni e scuole pubbliche illuminati di blu. Ma resta il buio dei tagli alle risorse. Marino (Angsa): «Rivedere le nuove linee guida»

Martedì 2 aprile tutte le sedi dei comuni e delle scuole italiane saranno illuminate di blu per iniziativa dell'Anci e del ministero dell'Istruzione con l'obiettivo di manifestare solidarietà e vicinanza ai problemi connessi ai disturbi dello spettro autistico. Il blu richiama attenzione e consapevolezza su un tema che coinvolge in Italia 500.000 famiglie. Secondo dati del ministero della Salute un bambino su 77 nella fascia d'età 7-9 anni presenta disturbi del neurosviluppo. Dati Istat 2024 registrano che la diagnosi di Asd nell'interpretazione più ampia fra tutti gli allievi delle nostre scuole nell'anno scolastico 2022/23 è aumentata molto fino a raggiungere 108 mila casi.

«Il blu - sottolineano da Angsa, l'associazione delle famiglie di persone con autismo - illumina la fatica delle famiglie, la loro solitudine, le iniziative per rompere l'assedio dell'indifferenza, come quelle di Luna Blu in Liguria, i progetti per l'inserimento lavorativo, protocolli con gli uffici scolastici regionali per superare i problemi di inserimento. Il blu illumina anche gli oltre 500 progetti in corso di realizzazione per garantire una migliore assistenza a ragazzi e sostegno alle famiglie. Il blu racconta che la cultura



dell'inclusione ha fatto molti progressi nel nostro Paese e il Parlamento è stato generoso a licenziare provvedimenti orientati verso l'attuazione dei principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006. Il blu illumina l'approvazione della legge delega 227/2021 che principalmente si qualifica nella garanzia del Progetto di Vita di ogni persona con disabilità. La generosità delle norme sta facendo però i conti con la mancanza di disponibilità economica e genera ombre nella vita reale". Ma ci sono le ombre: l'autismo - rilevano ancora da Angsa - continua a fare i conti con una evidente discriminazione nell'accesso ai diritti più elementari. Il Progetto di vita autonoma è uno strumento inaccessibile per una persona con autismo, "le Regioni - avvisano dall'associazione - tagliano i fondi per sostenere i cicli di cura, come in Toscana, e in parte in Lombardia, nel Lazio 89 ragazzi assistiti nelle strutture socio assistenziali vivono da mesi sotto la minaccia di essere deportati in strutture solo sanitarie per una querelle tra regione e comuni, le cronache riportano difficoltà di istituzioni fondamentali come la scuola a gestire ragazzi con autismo". Non solo: "grandi ombre provengono dalle nuove linee guida che riducono il ruolo del metodo ABA (Analisi Applicata del Comportamento)". «Nonostante negli ultimi 13 anni questo tipo di interventi - spiega il presidente Angsa Giovanni Marino - abbiano confermato la loro efficacia con molte migliaia di applicazioni e grande soddisfazione delle famiglie. Angsa considera questo un errore inaccettabile. Ci auguriamo che sia emendato dalla Commissione di cui al recente decreto ministeriale del febbraio scorso promosso dal Sottosegretario On.Gemmato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

29 mar
2024

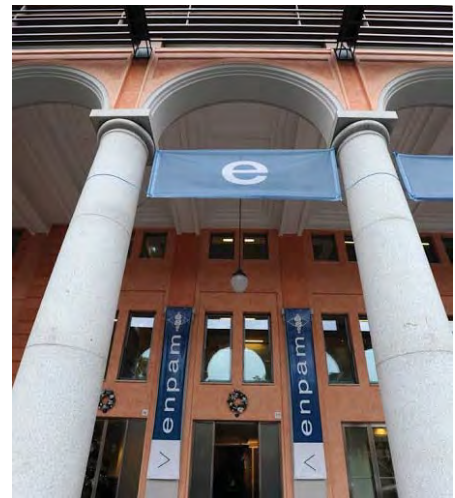
DAL GOVERNO

S 24 ▲ **Previdenza: sul recupero dell'inflazione l'Enpam vince sull'Inps**

di *Claudio Testuzza*

La rivalutazione delle pensioni erogate dall'Enpam ai medici iscritti alla loro Cassa previdenziale c'è, stata anche quest'anno come ogni anno. Ma per riallineare l'importo delle pensioni al costo della vita, la Fondazione ha dovuto attendere il via libera dei ministeri vigilanti. L'Enpam, infatti, ha deliberato, anche per il 2024, di rivalutare al 75 per cento dell'indice dell'inflazione le pensioni delle gestioni del Fondo di previdenza generale e del Fondo della medicina convenzionata ed accreditata fino al limite di 4 volte il trattamento minimo Inps (che significa circa 2.272 euro lordi al mese) e al 50 per cento dell'indice l'eventuale parte della pensione mensile che supera questo limite. Nel 2024 l'Istat ha registrato un aumento delle pensioni del 5,4%.

La rivalutazione, ricevuto il parere favorevole dei ministeri, decorre dal 1° gennaio 2024. Il pagamento, solitamente, arriva in primavera insieme agli arretrati dei mesi precedenti. La Fondazione aveva, anche, deliberato l'anno scorso la rivalutazione del 100 per cento rispetto all'indice Istat per l'importo minimo della pensione di inabilità assoluta e permanente per le gestioni del Fondo di previdenza generale e del Fondo della Medicina convenzionata e accreditata. La rivalutazione riguarda, inoltre, le prestazioni assistenziali erogate a favore degli iscritti al Fondo di previdenza generale, gestione



“Quota A”, dei pensionati e dei loro familiari superstiti.

E' previsto un adeguamento pieno al costo della vita anche per gli importi minimi dell'indennità di maternità delle professioniste (che saranno di oltre 1.100 euro superiori a quelli fissati dalla legge). Sono compresi, i contributi per l'ospitalità in casa di riposo, per l'assistenza domiciliare e le prestazioni per calamità naturali.

Attenzione però a non fare confusione di quanto previsto favorevolmente dall'Enpam con il sistema, invece, di rivalutazione delle pensioni dell'Inps, che anche quest'anno ha previsto una minore rivalutazione rispetto ai criteri in vigore in passato. Per le pensioni erogate dall'Inps la rivalutazione applicata in misura piena è stata soltanto per gli assegni che non superano i 2.272 euro lordi mensili.

Ciò vuol dire che hanno ottenuto il massimo dell'aumento soltanto coloro che rientravano in un prospetto di massimo quattro volte superiore al trattamento minimo garantito dall'Inps: 567,94 euro. La percentuale viene, poi, ridotta man mano che l'importo della pensione cresce: 4,6% fra 4 e 5 volte il minimo (2.840 euro); 2,9% tra 5 e 6 volte il minimo (3.308 euro); 2,5% tra 6 e 8 volte il minimo (4.544 euro); 2% fino a 10 volte il minimo (5.679 euro); 1,2% oltre 10 volte il minimo (5.680 euro). Le operazioni di rinnovo potrebbero aver anche generato conguagli a credito o a debito a vario titolo relativi all'importo di pensione erogato nell'anno 2023.

Per quanto riguarda le prestazioni fiscalmente imponibili, inoltre, a decorrere dal rateo di pensione di gennaio, oltre all'IRPEF mensile, sono state trattenute le addizionali regionali e comunali relative al 2023 sulla base dell'ammontare complessivo delle sole prestazioni pensionistiche erogate dall'Inps.

Ricordiamo, infine, che tutti i provvedimenti assunti dai vari Governi succedutisi e dal Parlamento determinano, per i pensionati Inps, soprattutto riduzioni strutturali permanenti e crescenti. In considerazione che anche le possibili indicizzazioni future saranno applicate ad importi di pensione ovviamente più ridotti. L'effetto, infatti, si cumula nel tempo a maggior ragione quando i tagli sono ripetuti. Condizione questa che la stessa Consulta, inascoltata, ha ripetutamente ammonito dal non continuare a fare, per non privare le pensioni, d'importo più elevato, della tutela dai danni inferti dai fenomeni inflattivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

29 mar
2024

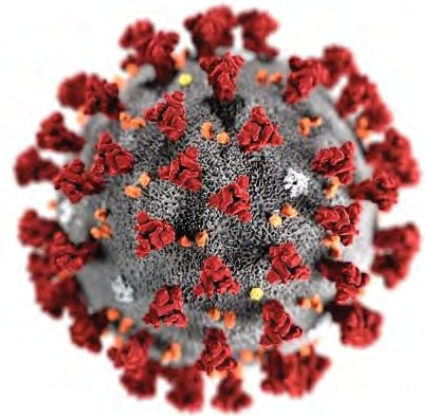
DAL GOVERNO

S
24
▲

Covid: 603 casi positivi (-23%) e tasso di positività dello 0,5% (-0,1%)

di Radiocor Plus

Nella settimana compresa tra il 21 e il 27 marzo 2024 si registrano 603 nuovi casi positivi di Covid-19 in calo del 23% rispetto alla settimana precedente (783) e 20 decessi (-23,1%, 26). Lo rileva il bollettino settimanale del ministero della Salute che registra anche 120.436 tamponi effettuati (-6,2%, 128.406) e un tasso di positività dello 0,5% con una variazione di -0,1% rispetto alla settimana precedente (0,6%). Il tasso di occupazione in area medica al 27 marzo è pari al 1,2% (754 ricoverati), rispetto al 1,4% (839 ricoverati) del 20 marzo mentre il tasso di occupazione in terapia intensiva è dello 0,3% (25 ricoverati), rispetto allo 0,3% precedente (27 ricoverati).



© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 mar
2024

DAL GOVERNO

S
24

Istat/ Altro minimo storico per le nascite: 379mila bambini nel 2023. La buona notizia: mortalità in forte calo (-8%) dopo la crisi Covid

“Con appena 379mila bambini venuti al mondo, il 2023 mette in luce l’ennesimo minimo storico di nascite, l’undicesimo di fila dal 2013. Un processo, quello della denatalità, che dal 2008 (577mila nascite) non ha conosciuto soste. Calano anche i decessi (661mila), l’8% in meno sul 2022, dato più in linea con i livelli pre-pandemici rispetto a quelli che hanno caratterizzato il triennio 2020-2022”. A certificare la crisi demografica (pure se con la buona notizia di un calo nei decessi) è l’Istat, che rileva nel Paese un saldo naturale ancora fortemente negativo (-281mila unità).

Nel dettaglio, l’Istituto nazionale di statistica riporta i “freddi” numeri di sei neonati e 11 decessi per 1.000 abitanti. Con un numero medio di figli per donna pari a 1,20 e una longevità di +6 mesi rispetto al 2022, corrispondente a una speranza di vita alla nascita pari a 83,1 anni.

Focus sulla denatalità. Secondo i dati provvisori, i nati residenti in Italia sono 379mila, con un tasso di natalità pari al 6,4 per mille (era 6,7 per mille nel 2022). La diminuzione delle nascite rispetto al 2022 è di 14mila unità (-3,6%). Dal 2008, ultimo anno in cui si è assistito in Italia a un aumento delle nascite, il calo è di 197mila unità (-34,2%).



La riduzione della natalità - riporta ancora l'Istat - riguarda indistintamente nati di cittadinanza italiana e straniera. Questi ultimi, pari al 13,3% del totale dei neonati, sono 50mila, 3mila in meno rispetto al 2022.

La diminuzione del numero dei nati residenti del 2023 è determinata sia da una importante contrazione della fecondità, sia dal calo della popolazione femminile nelle età convenzionalmente riproduttive (15-49 anni), scesa a 11,5 milioni al 1° gennaio 2024, da 13,4 milioni che era nel 2014 e 13,8 milioni nel 2004. Anche la popolazione maschile di pari età, tra l'altro, subisce lo stesso destino nel medesimo termine temporale, passando da 13,9 milioni nel 2004 a 13,5 milioni nel 2014, fino agli odierni 12 milioni di individui.

Il numero medio di figli per donna scende così da 1,24 nel 2022 a 1,20 nel 2023, avvicinandosi di molto al minimo storico di 1,19 figli registrato nel lontano 1995.

Un calo che attraversa il Paese. La contrazione del numero medio di figli per donna interessa tutto il territorio nazionale. Nel Nord diminuisce da 1,26 figli per donna nel 2022 a 1,21 nel 2023, nel Centro da 1,15 a 1,12. Il Mezzogiorno, con un tasso di fecondità totale pari a 1,24, il più alto tra le ripartizioni territoriali, registra una flessione inferiore rispetto all'1,26 del 2022. In tale contesto - sottolinea ancora l'Istat - riparte la posticipazione delle nascite, fenomeno di significativo impatto sulla riduzione generale della fecondità, dal momento che più si ritardano le scelte di maternità più si riduce l'arco temporale disponibile per le potenziali madri. Dopo un biennio di sostanziale stabilità, nel 2023 l'età media al parto si porta a 32,5 anni (+0,1 sul 2022). Un indicatore in aumento in tutte le ripartizioni e che "continua a registrare valori nel Nord e nel Centro (32,6 e 32,9 anni) superiori rispetto al Mezzogiorno (32,2), dove però si osserva l'aumento maggiore sul 2022 (era 32,0)". Passata la turbolenta fase pandemica e immediatamente post-pandemica, a cui si devono attribuire parte delle irregolari variazioni congiunturali rilevate, la discesa della fecondità sembra riprendere ovunque, accompagnata da una rinnovata spinta alla posticipazione. Nord e Mezzogiorno, dopo aver registrato lo stesso livello di fecondità nel 2022, si discostano nuovamente. Il Mezzogiorno, dopo venti anni, torna ad avere una fecondità superiore a quella del Centro-Nord.

I matrimoni "non impattano". Secondo il Report Istat "non è nemmeno di supporto alla natalità, almeno non più come un tempo, l'andamento dei matrimoni, 183mila nel 2023 (-6mila sul 2022)". Tra questi risultano in forte riduzione quelli celebrati con rito religioso (-8mila) mentre aumentano quelli celebrati con rito civile (+2mila). Complessivamente, nel 2023 "il tasso di nuzialità continua lievemente a scendere, portandosi al 3,1 per mille dal 3,2 del 2022. Il Mezzogiorno continua a essere la ripartizione con il tasso più alto, 3,5 per mille contro 2,9 per mille di Nord e Centro. Allo stesso tempo è però l'area in cui la contrazione sul 2022 risulta maggiore".

Le conferme: meno di un figlio per donna in Sardegna alla conferma Trentino

Alto Adige. Il Trentino-Alto Adige, con un numero medio di figli per donna pari a 1,42, continua a detenere il primato della fecondità più elevata del Paese, sebbene sia tra le Regioni con la variazione negativa maggiore rispetto al 2022 (1,51). Seguono Sicilia e Campania, con un numero medio di figli per donna rispettivamente pari a 1,32 e 1,29 (contro 1,35 e 1,33 nel 2022). In queste tre regioni le neo-madri risultano mediamente più giovani che nel resto del Paese: 31,7 anni l'età media al parto in Sicilia; 32,2 anni in Trentino-Alto Adige e Campania.

La Sardegna continua a essere la regione con la fecondità più bassa. Stabilmente collocata sotto il livello di un figlio per donna per il quarto anno consecutivo, nel 2023 si posiziona a 0,91 figli (0,95 nel 2022). La precedono altre due regioni del Mezzogiorno: la Basilicata, dove il numero medio di figli per donna scende da 1,10 nel 2022 a 1,08 nel 2023; il Molise rimasto stabile a 1,10. La Sardegna e la Basilicata sono, insieme al Lazio, le tre regioni in cui il calendario riproduttivo risulta più posticipato, con età medie al parto rispettivamente pari a 33,2, 33,1 e 33 anni.

“Nel panorama generalizzato di una fecondità bassa e tardiva, estesa a tutte le aree del Paese, con differenze lievi tra le tre ripartizioni, si evidenziano condizioni di eterogeneità anche all'interno di una stessa ripartizione geografica”, rileva ancora l'Istat. Nel Mezzogiorno, ad esempio, coesistono regioni con più alta fecondità (Sicilia, Campania e Calabria) e regioni con livelli minimi (Sardegna, Basilicata e Molise). Nel Nord, tre regioni su quattro del Nord-ovest (Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, Liguria, Piemonte) evidenziano una fecondità al di sotto della media nazionale (1,20 figli per donna), mentre tutte quelle del Nord-est ne evidenziano una al di sopra. Più coeso il Centro, dove solo le Marche, con un tasso di 1,17 figli (unica a presentare un minimo vantaggio rispetto all'1,16 del 2022) si distingue leggermente da Toscana, Lazio e Umbria (1,12, 1,11 e 1,10 figli rispettivamente).

A livello provinciale, il più alto numero medio di figli per donna si registra nella Pa di Bolzano (1,56), che presenta però una significativa discesa rispetto al 2022 (era 1,64). Seguono Gorizia (1,42), Palermo (1,39), Reggio Calabria (1,37), Ragusa (1,36) e Catania (1,36). Tutte le Province sarde, ai minimi nazionali, presentano una fecondità inferiore al figlio per donna: da quelle di Cagliari e del Sud Sardegna (0,86 per entrambe) a quelle di Oristano (0,93), Sassari (0,95) e Nuoro (0,99). A queste seguono la Provincia di Massa Carrara (1,02), nel Centro, e quella di Verbano-Cusio-Ossola (1,06), nel Nord.

Aumenta la speranza di vita. I decessi (661mila nel 2023) registrano una diminuzione di 54mila unità sull'anno precedente. Il calo del numero totale di eventi coinvolge soprattutto la popolazione anziana, all'interno della quale come noto si concentra la gran parte dei decessi. Il 75% della diminuzione rilevata interessa, in particolare, individui di almeno 80 anni di

età. Una fascia di popolazione, quest'ultima, particolarmente colpita negli anni della pandemia durante i quali è risultata sottoposta a un significativo eccesso di mortalità anticipata, soprattutto nella sua componente più fragile. La mortalità precoce di tali individui osservata a varie ondate nell'arco del triennio 2020-22, anni durante i quali si sono avuti rispettivamente 740mila, 701mila e 715mila decessi, i massimi mai riscontrati in precedenza, ha comportato un ritorno quasi ai livelli di mortalità di epoca pre-pandemica. Nel 2023, infatti, il tasso generico di mortalità si assesta sull'11,2 per mille. Per quanto ancora superiore a quello del 2019 (10,6 per mille), anche per un connaturato effetto crescita legato alla struttura per età della popolazione, è ben inferiore al 12,1 per mille del 2022 e allo stesso 12,5 per mille del 2020. In tali condizioni - spiega l'Istat - il calo della mortalità si traduce in un cospicuo balzo in avanti della speranza di vita alla nascita che si porta a 83,1 anni nel 2023, guadagnando sei mesi sul 2022.

Tra gli uomini la speranza di vita alla nascita raggiunge gli 81,1 anni (+6 mesi sul 2022) mentre tra le donne si riscontra un dato di 85,2 anni e un guadagno sul 2022 leggermente inferiore a quello maschile (+5 mesi). Cosicché, mentre gli uomini hanno recuperato i livelli di sopravvivenza ante pandemia (precisamente 81,1 anni nel 2019), le donne presentano ancora margini di recupero (85,4 anni nel 2019).

Nel Nord la speranza di vita alla nascita è di 81,7 anni per gli uomini e di 85,7 anni per le donne; i primi guadagnano sette mesi sul 2022, le donne invece sei. Il Trentino-Alto Adige si conferma la regione con la più alta speranza di vita sia tra gli uomini (82,2) sia tra le donne (86,5); la Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste è invece la regione che consegue il maggior guadagno sull'anno precedente, un anno per gli uomini e otto mesi per le donne.

Nel Centro la speranza di vita alla nascita è poco inferiore a quella del Nord, 81,6 anni per gli uomini e 85,6 anni per le donne: per i primi l'incremento sul 2022 è di sei mesi, mentre per le seconde di quattro.

La speranza di vita più alta tra gli uomini si rileva in Toscana (81,9), per le donne nelle Marche e in Umbria (85,9).

Nel Mezzogiorno si registrano i valori più contenuti della speranza di vita alla nascita, 80 anni per gli uomini e 84,3 anni per le donne. Per gli uomini si profila un campo di variazione che va da un minimo di 79,4 anni in Campania a un massimo di 80,6 anni in Abruzzo. Lo stesso che si riscontra tra le donne, dove tuttavia si passa dagli 83,6 anni della Campania agli 85,5 dell'Abruzzo. Se dunque il Trentino-Alto Adige si presenta quale regione più longeva, la Campania dal suo canto continua a presentare la minor aspettativa di vita. Tra le due realtà territoriali si evidenzia nel 2023 un divario di 2,9 anni considerando nell'insieme uomini e donne, che non accenna affatto a diminuire ma semmai a crescere (era 2,2 nel 2003, 2,7 nel 2013).

Il saldo migratorio. L'Istat fotografa "più immigrati e meno emigrati"

dell'anno precedente: il saldo migratorio netto sale da +261mila nel 2022 a +274mila nel 2023. La .Popolazione residente straniera in crescita: 5 milioni e 308mila individual 1° gennaio 2024, +166mila sull'anno precedente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Senato, i ddl su fine vita giovedì in commissione

Il fine vita torna in discussione al Senato giovedì, dopo lo stop dovuto all'assenza del governo martedì scorso. Cinque i ddl da incardinare nelle commissioni Giustizia e Affari sociali: quattro delle opposizioni, il principale quello del Pd a prima firma di Alfredo Bazoli; uno di un partito di maggioranza, quello a prima firma di Adriano Paroli. «Spero che questa volta non ci siano altri stratagemmi della maggioranza», ha detto Bazoli. Il ddl depositato da Forza Italia (ancora non si sa se avrà il sostegno di tutto il centrodestra e il parere favorevole del governo) prevede restrizioni maggiori rispetto a quelle previste dalla Corte costituzionale nella sentenza sull'aiuto al suicidio del 2019.



I DIRITTI

Fine vita, chi calpesta la nostra Costituzione

DONATELLA STASIO

L'intolleranza del potere al dissenso è sempre stata trasversale agli schieramenti politici. Ma oggi c'è qualcosa di più: il dissenso è "sovversivo", persino quando richiama alla Costituzione - PAGINA 23

FINE VITA, CHI CALPESTA LA NOSTRA COSTITUZIONE

DONATELLA STASIO



L'intolleranza del potere al dissenso è sempre stata trasversale a tutti gli schieramenti politici. Ma oggi c'è un qualcosa di più e di diverso: il dissenso è "sovversivo", persino quando si manifesta con richiami puntuali alla Costituzione. E allora ecco che anche chi della Costituzione è il massimo garante, Presidenza della Repubblica e Corte costituzionale, viene tacciato di partigianeria politica. Accade sempre più spesso con le sentenze della Consulta, non solo ignorate ma - ed è un altro tratto dello spirito politico dei tempi - boicottate, manipolate, delegittimate. Emblematico quanto avvenuto al Senato sul fine vita: martedì scorso, complice lo stop alla discussione dei Ddl dell'opposizione imposto dall'assenza del governo, è spuntato un testo dei forzisti Paroli, Gasparri, Zannettin con tanto di "lezioncina" sulla leale collaborazione istituzionale: «La Corte non può assegnare al Parlamento i compiti da svolgere e persino il tempo entro cui svolgerli», sentenziano gli azzurri, che danno voce all'insofferenza della maggioranza verso la Corte e i suoi ripetuti richiami al Parlamento, a partire dal 2018, perché dia seguito alle sue decisioni sul suicidio assistito (l'ultimo è del presidente Augusto Barbera, che peraltro è un assoluto difensore delle prerogative parlamentari). E fin qui, pazienza. Ma non sono solo parole: il Ddl azzurro, calpestando quelle sentenze (già boicottate nel quotidiano), marcia in senso ad esse diametralmente contrario.

L'intolleranza del potere al dissenso oggi produce anzitutto un clima di tensione, che talvolta trasmoda in odio e manganelli, talaltra nell'attacco personale oppure in raffiche di querele e in maldestre censu-

re, anche di libri, per silenziare opinioni o narrazioni che vanno in direzione opposta al "mondo al contrario", la direzione della Costituzione. È un paradosso, ma è il paradosso dei tempi che viviamo. Nel libro "Il combattente. Come si diventa Pertini" (Rizzoli, 2014), Giancarlo De Cataldo racconta l'incontro segreto del 1974 fra Sandro Pertini, all'epoca presidente della Camera, e tre "pretori d'assalto" poco più che trentenni, Mario Almerighi, Adriano Sansa e Carlo Brusco. I tre avevano chiesto di vedere in privato Pertini per informarlo di uno scandalo che di lì a poco sarebbe esploso: lo scandalo petroli, storia di tangenti ai partiti di governo in cambio di leggi favorevoli.

Pertini li ascolta, compulsa le prove che gli hanno portato, ed eccola la reazione del vecchio combattente - scrive De Cataldo -. Pertini piange. Due lacrime, discrete, asciutte, verrebbe da dire, non fosse un controsenso. Ma è così che le ricorda chi era presente a quell'incontro: lacrime asciutte. I tre giudici sospirano di sollievo - continua De Cataldo -. Nessuna copertura, nessun distinguo, nessun cedimento, nessuna ipocrisia da parte di Pertini. All'opposto, l'indignazione espressa con parole di fuoco. «Ma com'è possibile che prima d'ora nessuno si sia accorto di niente? Dov'erano le forze di opposizione? Perché non hanno funzionato i meccanismi di controllo? Questa democrazia l'abbiamo conquistata con il sangue e la galera. Non possiamo correre il rischio di perdere



la libertà per colpa di chi la usa per rubare!». All'indignazione, segue l'incitamento. «La forza della democrazia siete anche voi. Andate avanti. Senza riguardi per nessuno. Io sarò sempre al vostro fianco!».

Le parole, la postura, l'emozione di Pertini dicono molto della distanza con l'attuale classe politica dirigente. Riflettono un sentimento ad essa estraneo, il sentimento costituzionale, da cui è nata la nostra democrazia, il sistema dei pesi e dei contrappesi necessario ad arginare gli arbitrii del potere e a garantire i diritti di libertà, il pluralismo, le minoranze. «Questa democrazia l'abbiamo conquistata con il sangue e la galera», ricorda Pertini, che come tanti antifascisti la galera l'aveva conosciuta e che perciò si sentiva garante sia dell'integrità morale delle

istituzioni sia del perseguimento dei valori dell'antifascismo, di cui si fece tramite con le generazioni postbelliche. Un testimone che Sergio Mattarella tiene ben saldo nelle sue mani.

È grazie al sacrificio della vita e della libertà di combattenti antifascisti come Pertini che è nata la Costituzione; ed è grazie al loro esempio e al loro infaticabile lavoro di alfabetizzazione, di cui oggi si fa carico anche Mattarella, che si è tenuta viva la cultura antifascista della Costituzione. Che, però, la nostra classe dirigente si rifiuta di riconoscere e di qualificare proprio nella sua essenza – l'antifascismo – trasformando, così, in un atto formale il giuramento solenne sulla Costituzione con cui ha assunto cariche e responsabilità pubbliche. Lo stesso giuramento che chiediamo agli stranieri venuti in Italia in cerca di una democrazia, non una qualunque, meno che mai la “democrazia illibera-

le” di Viktor Orban, ma quella che riconosce libertà e giustizia, solidarietà e dignità, uguaglianza e pluralismo, inclusione e rispetto. Persone che chiedono di diventare cittadini italiani ed europei, e dai quali pretendiamo il rispetto della nostra cultura e delle nostre regole. Ebbene, anche di fronte a loro, la nostra classe dirigente rinuncia ad essere esempio e memoria di quella cultura. “Straniera in patria”.

Del resto, la rimozione delle radici antifasciste è inevitabile per chi è animato da un'altra cultura, e infatti dichiara di voler costruire un'altra Repubblica. Dice Pertini ai tre pretori: «La forza della democrazia siete anche voi. Andate avanti senza riguardi per nessuno. Io sarò sempre al vostro fianco». In queste parole c'è la fiducia nell'indipendenza della magistratura, nella separazione dei poteri (quella vera, e non alla Orban) ma anche nella leale collaborazione istituzionale. Nessun potere deve invadere l'ambito degli altri ma ciascuno faccia fino in fondo il proprio dovere e collabori con gli altri. La cronaca, però, non va in questa direzione. Basti pensare ai tentativi di delegittimazione dei magistrati: gli attacchi alle decisioni sgradite, la pretesa che i giudici non parlino, e ora anche l'insinuazione, con i test psicoattitudinali, che siano o possano essere degli squilibrati. Ma è emblematico anche il modo in cui Governo e Parlamento si relazionano con la Consulta.

Anzitutto, in entrambi i casi viene negata, facendola apparire, appunto, “sovversiva”, la loro naturale funzione “contromaggioritaria”. Li si vorrebbe appiattiti sullo spirito politico dei tempi – ma solo su quello attuale – come voleva il fascismo.

La Corte costituzionale, che secondo

Piero Calamandrei è la «viva voce» della Costituzione, è ormai una voce nel deserto tanto è ignorata da Governo e Parlamento che, proprio in virtù della leale collaborazione, dovrebbero invece darle ascolto, e soprattutto seguito, per rendere effettivi i diritti fondamentali.

Così non è. Intendiamoci: l'inerzia del legislatore viene da lontano. Ma rispetto ad altre stagioni, oggi abbiamo in più il fanatico ostruzionismo della maggioranza: dal riconoscimento dei figli di coppie omogenitoriali al fine vita, dal doppio cognome all'affettività in carcere, e via via, la Corte viene cancellata o rimossa, e con essa i diritti. Si boicottano le sue decisioni sgradite, si manipolano per sostenere il contrario di ciò che dicono o si delegittimano con ogni strumento. Piccole, omeopatiche erosioni democratiche, che scivolano nell'indifferenza generale, in un mondo che è sempre più un “mondo al contrario”.

Il costituzionalista Gaetano Azzariti si chiede se la Consulta e il Quirinale non siano rimasti i soli ad operare in nome della Costituzione. Non può dirsi altrettanto, infatti, delle altre istituzioni. Che quando si muovono, fanno persino peggio, come testimonia il blitz sul fine vita. E allora, ecco l'altra, inevitabile domanda: «Quanto reggeranno, isolati, i garanti della Costituzione?» —



29 mar
2024

DAL GOVERNO

S
24

Schillaci-Roccella: “Tavolo necessario e urgente sulla disforia ma le proteste sono infondate”

“Sono del tutto immotivate le preoccupazioni espresse in queste ore da alcune associazioni e da altri soggetti in merito al tavolo interministeriale sull’utilizzo dei farmaci ormonali bloccanti della pubertà nel trattamento della disforia di genere dei minori”. Lo dichiarano in una nota congiunta i ministri della Salute e della Famiglia, Orazio Schillaci ed Eugenia Roccella. “Le notizie giornalistiche sul caso Careggi, con le successive interrogazioni parlamentari e la conseguente ispezione, e i mutamenti di indirizzo da parte di altri Paesi che avevano promosso un utilizzo estensivo di questi farmaci e ora stanno rivedendo le proprie posizioni – affermano Schillaci e Roccella – hanno reso non solo necessaria, ma anche urgente, una ricognizione tanto della letteratura scientifica quanto dei cambiamenti a livello procedurale, regolatorio ed eventualmente legislativo intervenuti all’estero, segnalati anche in atti parlamentari come quelli delle onorevoli Zanella e Madia. Questa ricognizione, affidata a esperti di alta e riconosciuta qualificazione scientifica, potrà fornire elementi conoscitivi a garanzia dei minori e dell’adeguatezza dei percorsi terapeutici, elementi che siamo certi stanno a cuore a tutti. Si tratta – concludono i ministri - di un lavoro tecnico-scientifico e non di una consultazione associativa, sicché nessuna



‘esclusione’ può essere lamentata e anche le contestazioni di metodo sono totalmente prive di fondamento”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Von der Leyen e i vaccini Covid, ora indaga la Procura europea

Al centro del Pfizergate gli sms con il ceo dell'azienda e l'accordo da 20 miliardi

DALLA NOSTRA CORRISPONDENTE

BRUXELLES A due mesi dalle elezioni europee si riaccendono i riflettori sul Pfizergate, che ha al centro i messaggi scambiati tra la presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen e l'amministratore delegato di Pfizer, Albert Bourla, durante i negoziati per gli acquisti dei vaccini in piena pandemia: un accordo da circa 20 miliardi di euro, che ha fatto del siero Pfizer-BioNTech il più distribuito nell'Unione, dopo che AstraZeneca era venuta meno agli impegni di consegna dichiarando problemi di produzione.

La procura europea Eppo, che persegue i reati che ledono gli interessi finanziari dell'Ue, nell'ottobre del 2022 aveva annunciato un'inchiesta

sugli approvvigionamenti dei vaccini anti-Covid da parte dell'Ue e ora, secondo il sito *Politico*, ha preso il posto della procura belga nelle indagini su von der Leyen per «interferenza nelle funzioni pubbliche, distruzione di sms, corruzione e conflitto di interessi». La Commissione, interpellata dal *Corriere*, non ha commentato. *Politico* spiega che l'Eppo «sta indagando su presunti reati penali» ma «nessuno è stato ancora accusato in relazione al caso».

Le autorità giudiziarie belghe di Liegi avevano avviato un'inchiesta all'inizio del 2023, dopo una denuncia penale presentata dal lobbista locale Frédéric Baldan. In un secondo tempo si sono unite Ungheria e Polonia, sempre critiche nei confronti di Bruxelles, ma dopo il cambio politico a Varsavia, il governo Tusk ha fatto sapere che ritirerà la denuncia.

Il primo a sollevare il caso

era stato il *New York Times*, che aveva parlato della «diplomazia personale» di von der Leyen a proposito del terzo contratto con Pfizer-BioNTech, siglato il 20 maggio 2021, che prevedeva 1,8 miliardi di dosi da consegnare tra la fine del 2021 e il 2023. Il *Nyt* aveva fatto riferimento a «messaggi e telefonate con Albert Bourla» scambiati «per un mese» e che la Commissione non ha mai reso pubblici. Così il 25 gennaio 2023 il *New York Times* ha citato davanti alla Corte di giustizia dell'Ue la presidente della Commissione per la mancata pubblicazione dei messaggi. Già un anno prima, nel gennaio 2022, il mediatore europeo Emily O'Reilly aveva condotto un'indagine che aveva rilevato una cattiva amministrazione nei tentativi della Commissione di recuperare per prima i messaggi di testo, in seguito a una richiesta di accesso pubblico da parte di

una giornalista di *netzpolitik.org*. All'epoca la vicepresidente della Commissione Vera Jourova, con delega ai Valori e alla Trasparenza, aveva dichiarato che i messaggi potrebbero essere stati cancellati, per via della loro «natura di comunicazioni di breve durata».

Il contratto con Pfizer-BioNTech è stato rinegoziato a maggio di un anno fa. Secondo un'inchiesta di *Politico*, al dicembre scorso i Paesi Ue hanno gettato circa 215 milioni di dosi per un valore di 4 miliardi di euro. Il successo della campagna vaccinale Ue rischia ora di ritorcersi contro von der Leyen proprio nel momento in cui corre per la riconferma alla guida della Commissione.

Francesca Basso

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'accusa

Il *New York Times* parlò di «diplomazia personale» della leader della Commissione Ue

La parola

PFIZERGATE

È l'inchiesta sulle presunte trattative per i vaccini anti Covid tra Ursula von der Leyen, presidente della Commissione Ue, e Albert Bourla, ad di Pfizer, sospettati di aver negoziato via sms un'estensione del contratto da 1,8 miliardi di euro per dosi aggiuntive



PFIZER-GATE, URSULA NEI GUAI

Punturone a Bruxelles

A due mesi dal voto fioccano le inchieste. Von der Leyen sotto tiro per gli sprechi Ue sui vaccini. E una registrazione imbarazza Orbán

ALESSANDRO GONZATO e CARLO NICOLATO alle pagine 4-5

Terremoto a due mesi dalle elezioni

Von der Leyen nei guai: nel mirino gli sms e i vaccini buttati nella campagna Covid

Dopo il Belgio, ora la procura europea indaga per corruzione e conflitto d'interessi
Al centro i messaggi col capo di Pfizer Bourla. Per Ursula rischio penale e politico

ALESSANDRO GONZATO

■ I vertici europei tremano. Trema anche la più grande società farmaceutica del mondo. Due mesi prima delle elezioni europee (si voterà dal 6 al 9 giugno a seconda dei Paesi) la presidente della Commissione Ue, Ursula von der Leyen, rischia di finire sotto inchiesta. Con lei l'amministratore delegato di Pfizer, Albert Bourla. Di mezzo ci sono circa un miliardo 800 milioni di dosi di vaccino contro il Covid, il cui costo è stato superiore ai 20 miliardi di

euro. Nel mirino le trattative per l'acquisto del farmaco, ed entriamo subito nel dettaglio. Prima la questione politica: il "Pfizer-gate", oltre alle eventuali pesanti conseguenze penali, mette in forte discussione la conferma della von der Leyen, eletta nel 2019 a capo di una delle maggiori istituzioni del continente. Per la sua elezione, risicata, erano stati fondamentali i voti del Partito popolare, dei socialdemocratici e dei liberali, a cui per l'Italia si erano aggiunti i 5Stelle. Ora è tutto da vedere.

GLI 007

L'inchiesta, i cui dettagli sono stati rivelati in queste ore dal sito *Politico.eu* - specializ-



zato nelle questioni che riguardano Bruxelles - è condotta dagli investigatori della Procura Europea (Eppo), l'organismo indipendente dell'Ue incaricato di indagare e perseguire i reati che ledono gli interessi finanziari dell'Unione. La Procura Europea ha ricevuto l'incarico da quella di Liegi (Belgio), che ha aperto l'inchiesta all'inizio dell'anno scorso. Gli investigatori - in attesa di capire se von der Leyen e Bourla entreranno nel fascicolo - stanno indagando per "corruzione e conflitto d'interessi", "interferenza nelle funzioni pubbliche" e "distruzione di sms". Questi riguardano una serie di messaggi interscorsi tra la politica tedesca e il capo della multinazionale statunitense, sms spariti «per la loro natura effimera» - non è ancora chiaro se cancellati o andati persi - ha spiegato nei mesi scorsi il commissario europeo per i Valori e la Trasparenza, Vera Jourová. E però la

spiegazione, era prevedibile, non è bastata a chi ha denunciato i presunti reati.

Il primo è stato il lobbista belga Frédéric Baldan. Poi è stato il *New York Times* a denunciare l'esecutivo Ue alla Corte di Giustizia dell'Unione, sostenendo che la Commissione ha l'obbligo legale di rendere pubblici i messaggi. Alle due denunce si sono aggiunte quella del governo ungherese e di quello polacco, anche se quest'ultimo, dopo l'elezione del premier europeista Donald Tusk, la sta ritirando.

È stata la mediatrice europea, Emily O'Reilly, a dare il la tecnicamente all'indagine. «La Commissione», aveva riferito già a settembre 2021, «ha detto di non poter fornire l'accesso a nessun messaggio di testo, hanno dichiarato che non è stata tenuta alcuna registrazione delle conversazioni». O'Reilly aveva sottolineato che l'amministrazione dell'Ue «è tenuta dal

diritto comunitario a redigere e conservare la documentazione relativa alle attività». Bruxelles però sostiene che il regolamento comunitario non riconosce gli sms come documenti interni da registrare obbligatoriamente, «anche alla luce della loro breve durata». Sennonché ora la Procura Europea potrebbe passare al sequestro dei telefoni, possibile in ogni nazione dell'Unione, eventualmente a partire dalla Germania, Paese della von der Leyen.

pieno della pandemia e poi inutilizzati e buttati, uno spreco per i contribuenti che si aggira sui 4 miliardi. I Paesi europei che hanno sprecato più dosi sono stati Estonia (una per abitante), Germania, Slovenia, Paesi Bassi e Italia (49.105.220 - 0,83 dosi per abitante). Ora la Procura europea vuole capire cosa c'era scritto nei messaggi tra la von der Leyen e il capo di Pfizer. Può scatenarsi un terremoto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NEL GESTINO

Il sito *Politico.eu* ha rivelato che a fine 2023 erano andate sprecate dosi di vaccino per almeno 4 miliardi di euro. Quindi il contratto Ue-Pfizer è stato rinegoziato: il nuovo accordo ha ripartito in 4 anni i 450 milioni di dosi che ancora non erano state consegnate. Almeno 215 milioni i farmaci anti-Covid comprati dai Paesi Ue nel

LA VICENDA

La Procura Europea indaga su un possibile caso di corruzione e conflitto d'interessi nell'acquisto di vaccini da parte dell'Ue

L'indagine

- Cominciata dopo le denunce del lobbista Frédéric Baldan e del *New York Times*



- Hanno depositato denuncia anche i governi ungherese e polacco

Sotto inchiesta

**1 MILIARDO
E 800 MILIONI**
di dosi di vaccino



Giro d'affari di oltre
20 MILIARDI DI EURO

Le dosi inutilizzate



Almeno
215 MILIONI
di dosi

Costo:
4 MILIARDI DI EURO
per i contribuenti

Paesi con il maggior spreco di dosi



Estonia

Germania

Slovenia

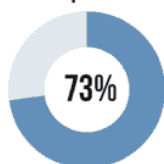
Paesi Bassi

ITALIA:
49.105.220 dosi cestinate
(0,83 dosi per abitante)



Copertura vaccinale

Ciclo primario:



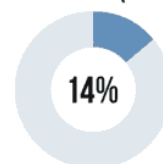
degli abitanti dell'UE

Primo richiamo:



degli abitanti dell'UE

Secondo richiamo (terza dose)



degli abitanti dell'UE

WITHUB



PANORAMA

L'ANNUNCIO DEL MINISTRO

Schillaci: su vaccini Covid commissione di studio

Una commissione di studio per censire i casi di reazioni avverse ai vaccini anti-Covid, per capirne la dimensione e la tipologia. Il ministro della Salute Orazio Schillaci ne propone l'istituzione in coordinamento con la nuova commissione d'inchiesta sulla gestione della pandemia, i cui lavori dovrebbero partire a breve. «Quest'anno - ha spiegato il ministro in un'intervista al Giornale d'Italia - abbiamo registrato un numero molto basso di adesioni alla campagna vaccinale, anche antinfluenzale. Quindi fare chiarezza sarebbe utile. Sarebbe opportuno soprattutto per dare maggiore tranquillità a tutti. Ci lavoreremo».

L'idea della commissione d'inchiesta suscita però perplessità tra infettivologi ed esperti, che sottolineano come dati di farmacovigilanza siano già largamente disponibili e l'avvio di una nuova commissione sul tema vaccini rischierebbe, invece, di minare la fiducia dei cittadini nella Sanità pubblica. L'ultimo Rapporto sulla sorveglianza dei vaccini anti-Covid dell'Agenzia italiana del farmaco prende in considerazione le segnalazioni di sospetta reazione avversa registrate nella Rete nazionale di Farmacovigilanza nei due anni di campagna vaccinale, dal 27 dicembre 2020 al 26 dicembre 2022, per i cinque vaccini in uso. In questo periodo sono pervenute 140.595 segnalazioni su un totale di 144.354.770 dosi somministrate (tasso di segnalazione di 97 ogni 100mila dosi), di cui l'81,3% (114.290) riferite a eventi non gravi, come dolore in

sede di iniezione, febbre, astenia e stanchezza, dolori muscolari. Le segnalazioni gravi corrispondono invece al 18,7% del totale (26.305), con un tasso di 18 eventi gravi ogni 100mila dosi somministrate.

In merito al rischio di effetti collaterali dai vaccini Covid, Marco Cavaleri, responsabile vaccini dell'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema), ricorda che si tratta di eventi rari: «L'Ema e il suo comitato di farmacovigilanza - spiega - ha monitorato attentamente gli eventi avversi dopo la vaccinazione Covid e riportato in modo trasparente tutti i risultati. Il monitoraggio continuerà come per qualsiasi altro vaccino o farmaco approvato in Europa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



REMUZZI E LA MEDAGLIA AL «MARIO NEGRI»

«Condividere la ricerca medica Senza brevetti»

di **Marco Imarisio**

Oggi Giuseppe Remuzzi ritirerà, a nome del «Mario Negri», la Medaglia di Edimburgo. Premiata l'idea di condividere la ricerca medica senza brevetti.

a pagina **18**

Giuseppe Remuzzi, 74 anni, del «Mario Negri»

L'intervista

«No ai brevetti sui farmaci La ricerca venga condivisa»

Remuzzi e la medaglia al Mario Negri: il fine è solo la cura del malato

di **Marco Imarisio**

«**Q**uando abbiamo ricevuto la lettera, ci siamo molto meravigliati. Non abbiamo mai avuto la sensazione che il nostro istituto potesse essere paragonato a chi ha avuto questo riconoscimento, pieno di premi Nobel e di personalità eccezionali. Ne siamo rimasti colpiti. Ci ha dato più coscienza di quello che rappresentiamo, perché come tutti facciamo fatica a vederci da fuori».

Esiste anche un'Italia che viene invidiata all'estero. E per una volta non stiamo par-

lando di turismo. Oggi Giuseppe Remuzzi ritirerà a nome dell'Istituto Mario Negri, che dirige dal 2000, la Medaglia di Edimburgo, istituita nel 1989 «per onorare gli uomini e le donne della scienza e della tecnologia che hanno dato un contributo significativo alla comprensione e al benessere dell'umanità». È la prima volta che il premio, uno dei più prestigiosi del mondo scientifico, viene assegnato non a un singolo individuo, ma a una istituzione che opera nel settore della ricerca medica. Fin dal 1961, quando Sil-

vio Garattini ebbe l'idea, e il gioielliere filantropo Mario Negri ci mise i soldi. «Volevamo creare qualcosa che in Italia ancora non esisteva. Una fondazione privata al servizio del pubblico interesse, che condividesse in maniera aperta le sue ricerche con industria medica e governi, ma al tempo stesso rimanendo indipendente. Noi abbiamo



continuato ad applicare questa visione, e siamo orgogliosi del fatto che sia proprio questa la ragione principale del riconoscimento».

Professore, ci spiega questa peculiarità nata tanti anni fa a Milano?

«Il modo con cui molti farmaci e trattamenti sono prescritti è spesso dovuto a forze che hanno a che fare con profitto e protezionismo. Questo nonostante gran parte delle ricerche siano basate sui fondi di coloro che pagano le tasse. La mancanza di interesse per settori della medicina percepiti come non portatori di profitto, e la riluttanza a condividere i risultati degli studi, sono purtroppo alcuni dei sintomi della medicina di oggi. Il Mario Negri non può cambiare da solo il mondo. Ma persegue una visione diversa di questo mondo».

All'inizio quale fu il modello di riferimento?

«Garattini e i giovani che con coraggio scelsero di uscire dall'università per lavorare con lui, si ispirarono all'efficienza delle fondazioni private americane. Scelsero di operare per una politica dei farmaci non basata sul ritorno economico, al fine di impedire che diventassero beni di lusso per persone facoltose. Mi faccia dire che non sono tante le istituzioni che si occupano di preservare il Servizio sanitario nazionale, considerandolo come il bene più prezioso che abbiamo. Questa è una delle nostre missioni più importanti».

La scelta di non brevettare è la vostra idea più radicale?

«Senz'altro è la più critica, lo so bene. Ma la rivendichiamo. Non brevettiamo le nostre ricerche perché vogliamo mettere a disposizione del pubblico il prima possibile tutte le conoscenze che otteniamo. Se brevetti, invece, ci vogliono anni prima che tu possa pubblicare le scoperte sulle riviste specializzate».

Perché non brevettare e poi vendere a prezzo accessibile?

«Noi non sintetizziamo farmaci. Noi facciamo ricerca sui farmaci. E i risultati li mettiamo a disposizione di tutti».

La circolazione delle idee può salvare delle vite?

«Non è forse quello che abbiamo imparato con il Covid? Proprio lo spirito di collaborazione dovuto a quel che stava accadendo, ha consentito di fare fronte a una emergenza inedita ed enorme. In quei due anni sono state pubblicate cose buone e altre meno buone. Ma tutti mettevano a disposizione tutto. In quel momento lì nessuno pensava ai brevetti. Dovrebbe essere sempre così».

E le montagne di soldi guadagnate dalle case farmaceutiche che grazie alla circolazione delle idee hanno scoperto e brevettato i vaccini?

«Per noi è una cosa sbagliata. Ma ricordi come stavamo nel marzo del 2020. I governi hanno messo a disposizione cifre enormi a fondo perduto dicendo alle compagnie più importanti di provarci. Chi ce l'ha fatta, ora fa profitti spro-

porzionati. Uno dei problemi che il Mario Negri ha sempre dibattuto è proprio il prezzo delle medicine. L'industria farmaceutica deve avere un ritorno adeguato rispetto agli investimenti, ma non dovrebbe mai essere spropositato».

Come riuscite a incidere, allora?

«Faccio due esempi. All'inizio degli Anni 80, uno studio del Mario Negri trovò il modo di ridurre drammaticamente la mortalità dell'infarto al miocardio. Si passò dall'80 al 10% salvando milioni di vite. Nei primi anni del nuovo secolo una malattia rara dei bambini comportava la morte o la dialisi nel giro di sei anni. «Se non ce ne occupiamo, non riusciremo a dormire di notte», dissi ai miei collaboratori. Sulla base di un lavoro del nostro e di altri gruppi, abbiamo aiutato l'industria a trovare il modo di sviluppare un nuovo farmaco, ne dimostrammo l'efficacia. Ora questi bambini non muoiono più. Come vede, si può fare molto anche senza brevettare».

Nessuno ha mai sospettato di voi?

«Abbiamo il problema opposto. Ci accusano di essere troppo indipendenti. Noi lavoriamo con l'industria solo sulla base di temi ai quali siamo interessati. Non facciamo studi clinici con protocollo stabilito dalle case farmaceutiche, che quindi chiedono al mondo accademico solo il reclutamento dei pazienti. A noi interessa la conoscenza nell'interesse degli ammalati,

nient'altro».

La medicina moderna sta cambiando?

«Il Covid ha fatto capire a tutti che non esiste più la singola disciplina. Bisogna fare in modo che qualunque posto dove si curano i pazienti sia anche luogo di ricerca, che deve sempre fare parte della qualità della cura clinica. Questa è una cosa che sostengo da sempre. E qui il Mario Negri ha fin dall'inizio contribuito a modificare i ruoli. Non abbiamo mai concepito il medico come un semplice dottore che fa assistenza, lasciando la ricerca ai laboratori americani. Facendo così si arrivava sempre tardi».

E il Mario Negri, cambia?

«Lo fa cercando di rimanere fedele ai propri principi. Siamo orgogliosi di avere pubblicato fin qui 16 mila lavori scientifici, di avere formato oltre 9 mila ricercatori, di cui 900 stranieri, e di averne con noi oggi 600, dei quali il 65% donne. Proprio la settimana scorsa abbiamo presentato uno studio sul diabete, che propone nuove cure. Lo daremo a tutti, come sempre».

La filosofia

La scelta dell'Istituto è operare per una politica dei medicinali non basata sul ritorno economico

Esperto



● Giuseppe Remuzzi, 74 anni, è direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano. Il presidente Mattarella lo ha nominato Cavaliere di Gran Croce



L'Istituto Mario Negri vince l'Edinburgh Medal

Salute globale

Orientato al paziente

Per la prima volta il prestigioso riconoscimento Edinburgh Medal viene assegnato a un'organizzazione piuttosto che a una persona. E a riceverlo è l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri Ircs, che dalla sua fondazione, nel 1963, è sempre stato guidato dall'imperativo etico di rimanere indipendente rispetto a interessi commerciali, partiti politici e credo religiosi, scegliendo di non brevettare le proprie scoperte e mettendole a disposizione di tutti, comunità scientifica e pazienti.

«La Edinburgh Medal premia i pionieri del mondo della scienza che agiscono per migliorare la società - ha detto Simon Gage, direttore e Ceo di Edinburgh Science Charity, motivando l'assegnazione - Il premio di quest'anno a un istituto di ricerca di livello mondiale, che ci mostra un approccio originale e unico per migliorare la salute globale, non potrebbe

essere più appropriato. Il modo in cui la maggior parte dei farmaci e molti trattamenti vengono ideati e prescritti è troppo spesso guidato dalle forze del profitto e del protezionismo. Questo nonostante la maggior parte della ricerca di base venga finanziata dai contribuenti. Le eccessive prescrizioni, i prezzi elevati che impediscono un facile accesso, la mancanza di interesse per le malattie rare percepite come non redditizie e la riluttanza a condividere i risultati degli studi sono alcuni dei sintomi dell'attuale assetto che ostacolano l'ottimizzazione della salute della popolazione globale. Il Mario Negri ha un approccio diverso, "orientato al paziente" e non "ai brevetti", di piena trasparenza e condivisione dei dati, ed è questo approccio che lodiamo e da cui ci sentiamo ispirati». A ritirare il premio, Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto: «Questo pre-

mio è un meritato riconoscimento dell'impegno e della dedizione di tutti i ricercatori che hanno lavorato per il Mario Negri in questi anni: la loro passione e i loro sacrifici sono stati assolutamente fondamentali, perché preservare la nostra indipendenza ha un prezzo elevato».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LO STUDIO SVEDESE

Lo studio del Karolinska Institutet su oltre 20mila pazienti ipotizza che lo stato infiammatorio persistente osservato nell'obesità medi questo legame



Premiato. Lo staff medico dell'Istituto Mario Negri di Milano



Autismo, il nodo della diagnosi precoce

«La persona sia centro della rete di cura»

ENRICO NEGROTTI

Anche il Quirinale e il Parlamento, sia la Camera sia il Senato, così come molti altri palazzi in Italia, istituzionali e non, saranno illuminati di blu questa sera per la Giornata mondiale per la consapevolezza sull'autismo, che si celebra dal 2007 su indicazione dell'Organizzazione delle nazioni unite (Onu). «Si tratta di un disturbo del neurosviluppo, molto complesso, che si manifesta nei primi mesi/anni di vita e accompagna la persona nel corso di tutta l'esistenza» spiega Massimo Molteni, neuropsichiatra infantile e direttore sanitario dell'Irccs "Eugenio Medea" di Bosisio Parini (Lecco), sezione di ricerca dell'associazione La Nostra Famiglia. Molteni ha fatto parte del gruppo di esperti che ha collaborato all'elaborazione della Linee guida su diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti, pubblicate nell'ottobre 2023. Secondo i dati di uno studio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità si stima che nel nostro Paese un bambino su 77 presenti un disturbo dello spettro autistico, con una prevalenza dei maschi: 4,4 volte più delle femmine, secondo le stime del ministero della Salute. Una condizione che coinvolge circa 500mila famiglie secondo la Federazione italiana

per l'autismo onlus.

Quel che è più necessario, chiarisce Molteni, è che «dopo una diagnosi, quanto più precoce possibile, il bambino e la famiglia vengano presi in carico con una doverosa attenzione non solo sanitaria, ma anche ai bisogni sociali: ogni bambino cresce frequentando la scuola e gli altri ambiti di aggregazione come lo sport. Serve soprattutto un lavoro di rete coordinato per rispondere alle necessità di bambini e famiglie».

L'autismo, in aumento negli ultimi decenni a livello mondiale, resta una condizione parzialmente oscura: «È un disturbo che ha una origine neurobiologica multifattoriale - continua Molteni - di cui tuttora purtroppo non abbiamo una precisa conoscenza sulle possibili cause. Certamente è coinvolta la genetica, che però non spiega da sola tutti i fenomeni». Le manifestazioni possono essere molto varie: «I soggetti presentano difficoltà della comunicazione interpersonale e sociale, presenza di interessi ristretti, ipersensibilità agli stimoli sensoriali, accompagnata talvolta da stereotipie. Si parla di spettro dell'autismo - puntualizza Molteni - perché c'è una grande differenza di gravità: nel 30-40% dei casi l'autismo si accompagna a disabilità intellettiva, ma altri soggetti sono ad alto funzionamento, con un buon linguaggio verbale, e magari in campi di interesse ristretto risultano molto competenti. Molti hanno problemi del sonno, altri di natura gastrointestinale, in alcuni compare

l'epilessia».

È importante giungere a una diagnosi precoce, per poter tempestivamente attivare la presa in carico: «Soprattutto le forme gravi - riferisce Molteni - sono riconoscibili già a 18 mesi. Ma quel che più conta è valutare l'impatto che il disturbo dello spettro autistico genera sulla persona nel corso della sua evoluzione. Le Linee guida da poco approvate indicano gli elementi di terapia: non con farmaci, ma con specifici interventi riabilitativi ed educativi a indirizzo comportamentale, anche nei contesti in cui il bambino vive».

Infatti l'ambiente circostante gioca un ruolo cruciale: «I genitori devono essere accompagnati subito dopo la diagnosi e aiutati a comprendere come comunicare, interagire, giocare e parlare con il loro bambino - continua Molteni -. Vanno sostenuti in questa loro fatica, ma poi bisogna trasferire queste conoscenze nel contesto: a scuola, ma anche negli altri ambienti che frequenta, a partire dall'ambito sportivo e ricreativo. E quando cresce, anche nei luoghi di vita dell'adolescente e poi del giovane adulto».

A rendere complesso e faticoso il percorso di cura sono molti fattori. «La diagnosi precoce è necessaria per impostare correttamente la terapia - osserva Molteni - che sarà diversa a seconda della gravità del disturbo: la progettualità deve tenerne conto per formalizzare gli interventi in base allo specifico funzionamento individuale».



Poi servono risorse adeguate: «Pur essendoci piani per l'autismo a livello nazionale, e ci sono sforzi delle Regioni per adeguarsi, le risorse sono insufficienti - lamenta Molteni - e il modello organizzativo dei servizi territoriali è strutturato solo per "guarire" le malattie attraverso "prestazioni" puntuali e risolutive: un farmaco, un esame, una terapia, un insieme di sedute riabilitative. Invece nell'autismo - ma vale anche per altre disabilità - si tratta di strutturare un percorso che può essere efficace solo se perseguito in una rete di relazioni di cu-

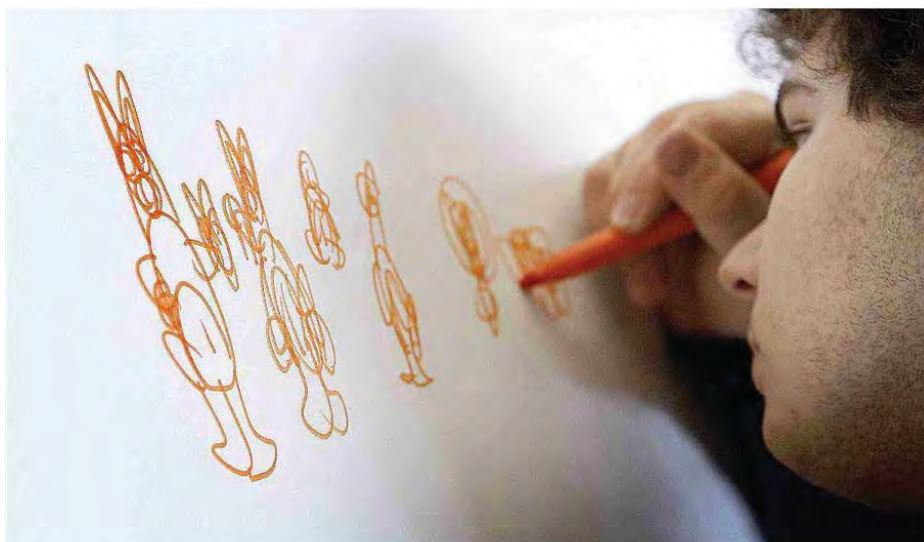
ra comprendenti i servizi di neuropsichiatria, i pediatri, i centri di riabilitazione, la scuola, i contesti sociali». Non è solo una carenza di risorse economiche e di personale specificamente formato: «Se il sistema non rende possibile gestire il lavoro di rete, il rischio è che i bambini e i loro genitori rimangano soli. Non si tratta solo di aumentare le ore di intervento, pure necessarie, ma di entrare in una logica di cura differente - conclude Molteni - che metta al centro la persona e non solo le prestazioni: "persone che curano persone" con

professionalità e capacità di ascolto e relazione, non solo tecnici della salute. Così si può ridurre l'impatto dell'autismo e la sofferenza delle famiglie».

Disturbo del neurosviluppo molto complesso e con cause ancora poco note, può avere una gravità variabile. Il neuropsichiatra Molteni (La Nostra Famiglia): servono attenzione anche ai bisogni sociali e aiuto alle famiglie

LA DATA

Ricorre oggi la Giornata mondiale, istituita per iniziativa dell'Onu sin dal 2007. Tanti monumenti in Italia, compresi Quirinale e Parlamento, questa sera saranno illuminati di blu



Le terapie più moderne non prevedono farmaci ma specifici interventi riabilitativi ed educativi a indirizzo comportamentale

/Ansa



La pipeline dell'obesità: 124 farmaci in sperimentazione

Farmaci GIp-1. In un mercato, quello della perdita di peso, che potrebbe valere 100 miliardi di dollari entro la fine del decennio, cresce la concorrenza. Estratti vegetali selezionati dall'Intelligenza artificiale

Francesca Cerati

La pipeline dei farmaci GIp-1 per perdere peso è andata all-in. Del resto si tratta di un mercato che potrebbe valere l'incredibile cifra di 100 miliardi di dollari entro la fine del decennio. A oggi, secondo l'elenco stilato da Iqvia, le molecole per l'obesità allo studio sono 124 in tutto: 61 in fase 1, 47 in fase 2, otto in fase 3, oltre a quelle già approvate di Novo Nordisk ed Eli Lilly. La concorrenza è alta e verte anche sulla via di somministrazione, oggi iniettabile, domani per via orale.

E i tempi potrebbero essere relativamente brevi. L'ascesa dei GIp-1, come la semaglutide, non ha seguito la tradizionale traiettoria clinica dalla fase 1 alla fase 3, in quanto i benefici sulla perdita di peso di questa classe di farmaci si sono evidenziati nel contesto del loro uso nel diabete. Ciò significa che la pipeline come è oggi, con solo otto farmaci di fase 3, potrebbe improvvisamente diventare molto più ricca ripetendo lo stesso schema. In campo ci sono nomi come AstraZeneca, Bristol Myers Squibb, Novartis e Amgen, ma anche biofarmaceutiche più piccole come la californiana Viking Therapeutics. Quest'ultima, nei dati pubblicati a febbraio, ha prodotto con la sua

molecola VK2735 una perdita di peso fino al 14,7% dopo 13 settimane di trattamento, e prevede di avviare uno studio di fase intermedia in pazienti obesi entro la fine dell'anno con la versione in pillola.

Le aziende stanno quindi lavorando rapidamente per creare anche le forme orali dei GIp-1. Secondo l'analisi di Iqvia, il campo di sviluppo è per il 50% per via sottocutanea e per il 46% orale. In prospettiva, tra qualche anno, si potranno avere versioni molto potenti per un trattamento iniziale della perdita di peso e un diverso gruppo di farmaci per il mantenimento. A entrare poi sulla scena della concorrenza delle pillole dimagranti ci potrebbero essere anche due estratti vegetali, selezionati dall'intelligenza artificiale. A maggio, a Venezia, al Congresso europeo sull'obesità verranno presentati i risultati di uno studio condotto dagli scienziati spagnoli dell'Università Cattolica di Murcia che li hanno identificati da piante molto comuni e i cui estratti sono stati associati a benefici metabolici. La loro identità non si conoscerà fino a quando non saranno concessi i brevetti. Al momento, quello che gli autori hanno detto è che «agiscono con lo stesso meccanismo di semaglutide e simili, con meno effetti collaterali e più pratici da assumere perché in pillole

invece che iniettabili».

E mentre la pipeline delle molecole dimagranti agoniste del GIp-1 avanza, Novo e Lilly non perdono tempo. All'inizio di marzo, 71a semaglutide di Novo ha ottenuto l'approvazione per ridurre il rischio di infarto e ictus negli adulti con malattie cardiovascolari obesi o in sovrappeso. E Lilly ha mostrato i dati sulla steatoepatite associata a disfunzione metabolica (Mash) - che si verifica in pazienti che spesso sono obesi o hanno diabete di tipo 2 o dislipidemia - per la tirzepatide. La terapia ha aiutato il 74% degli adulti in sovrappeso o obesi con Mash a eliminare la malattia senza peggioramento delle cicatrici epatiche o della fibrosi dopo 52 settimane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le aziende stanno lavorando per creare le forme orali dei GIp-1, che sono il 46% delle molecole in sviluppo

2,3 volte

OBESITÀ INFANTILE E SM

L'obesità infantile raddoppia il rischio di sviluppare sclerosi multipla, e le più a rischio di sviluppare la malattia sono le femmine



L'elenco di Iqvia.

A oggi, secondo l'elenco stilato da Iqvia, le molecole per l'obesità allo studio sono: 61 in fase 1, 47 in fase 2, otto in fase 3, oltre a quelle già approvate di Novo Nordisk ed Eli Lilly



Avere (davvero) «naso» per la salute

La scienza sta cercando di individuare la firma olfattiva specifica di molte condizioni, dal Parkinson al diabete, addirittura ai tumori. Lo scopo è mettere a punto strumenti elettronici appositi per la diagnosi

di **Elena Meli** e **Danilo di Diodoro**

Che cosa racconta di noi l'odore che abbiamo? Molto più di quello che possiamo pensare, a cominciare dal nostro stato di salute.

Lo dimostra la storia di Joy Milne, un'infermiera inglese che si è resa conto di essere in grado di «annusare» il Parkinson: le è successo con il marito, ha iniziato a sentirgli addosso un aroma insolito di muschio umido ben 12 anni prima della diagnosi.

L'infermiera, che fin da piccola si era accorta di essere ipersensibile agli odori e spesso per esempio «fiutava» il diabete nei suoi pazienti riconoscendo il caratteristico aroma dei corpi chetonici tipici della malattia, comprese la correlazione fra l'odore del marito e il Parkinson qualche anno dopo, quando frequentando i gruppi di supporto per i pazienti di

Parkinson UK si accorse che tutti i malati avevano il suo stesso sentore.

La vicenda di Joy Milne è più che un aneddoto, perché ha dato il via a ricerche che hanno portato esperti del Manchester Institute of Technology a identificare qualche tempo fa tre composti organici volatili che sono più elevati nei pazienti (eicosano, acido ippurico e ottadecanale e uno, l'aldeide perillica, che invece scarseggia. Sarebbero una specie di «firma olfattiva» della malattia, presente ben prima che il problema si manifesti con i sintomi; studi successivi hanno provato che in condizioni di laboratorio si possono identificare nel sebo umano circa 4mila composti, di cui 500 che si modificano in persone con il Parkinson rispetto a chi è sano.

Così i ricercatori ora vogliono provare il loro test, che in laboratorio ha un'accuratezza del 95 per cento, anche in clinica.

continua alla pagina seguente



La volatolomica può rivelare se la salute è a rischio

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

Un «naso» umano o elettronico capace di fiutare le malattie prima ancora che diano sintomi, solo riconoscendo come cambia l'odore del corpo quando qualcosa non va, sarebbe di grande aiuto in moltissimi casi. Mettere a punto un test olfattivo precoce per il Parkinson per esempio sarebbe un successo, perché i segni clinici della malattia arrivano quando ormai è stata persa circa la metà dei neuroni che producono il neurotrasmettitore dopamina.

Iperosmia e Parkinson

Joy Milne, l'infermiera da cui sono partiti gli studi che stanno individuando la firma odorosa del Parkinson, è certamente una persona dotata di *iperosmia*, in termini semplici è un naso sopraffino che potrebbe fare da «sensore umano» delle malattie: nei tanti test scientifici a cui è stata sottoposta per aiutare gli scienziati a identificare il «profumo» del Parkinson ha sbagliato una volta soltanto a riconoscere i pazienti dai sani solo annusandone il sudore, ma dopo otto mesi ha ricevuto la diagnosi anche l'uomo che secondo lei era malato, stando ai neurologi no.

Questa malattia neurologica non è l'unica a poter essere scovata «a naso»: le ricerche stanno dimostrando che quando ci si ammala il metabolismo cambia, la composizione chimica dei fluidi corporei si altera e così produciamo composti organici volatili specifici e unici, differenti nelle diverse patologie e tali da diventarne una «firma», emettendoli poi attraverso il

respiro ma anche tramite la pelle, le urine o le feci.

Un metodo antico

Del resto non è nulla di nuovo: il medico dell'antica Grecia Ippocrate diagnosticava malattie del fegato fiutando l'alito dei suoi pazienti e perfino un testo sanscrito di medicina che risale al VI secolo a.C., il Sushruta Samhita, invitava i medici ad annusare i pa-

zienti per fare le diagnosi.

In anni più recenti, odori tipici correlati a specifiche patologie sono stati identificati e sono semplici da individuare perché sono forti, percepibili anche da chi non ha un naso allenato: è il caso del fiato che sa di cavolo cotto in chi ha patologie che comportano l'incapacità di metabolizzare un aminoacido che contiene zolfo, la metionina, o dell'alito fruttato indicativo della chetosi in chi soffre di diabete. Altrettanto riconoscibili sono l'odore di pesce nell'alito di chi ha problemi renali, perché

se i reni non funzionano si accumula urea che poi passa nei polmoni e viene esalata col respiro, o quello di muschio dolciastro tipico dell'insufficienza epatica e della cirrosi, che già gli antichi chiamavano «foetor hepaticus».

Anche molte infezioni batteriche comportano la formazione di composti organici volatili odorosi e si potrebbero diagnosticare a naso: gli streptococchi per esempio producono diacetile, una molecola che sa di burro o caramello, mentre gli stafilococ-

chi metabolizzando aminoacidi nel sudore e nel sebo portano al rilascio di acido isovalerico, che «profuma» di scarpe da ginnastica usate o formaggio stagionato; l'acido solfidrico prodotto da *Helicobacter pylori* nello stomaco fa odorare l'alito di uova marce, l'infezione da candida si riconosce perché etanolo e acetal-

di **Elena Meli**

deide sintetizzati dal fungo danno una nota odorosa tipica che sa di lievito di birra o pane.

La sfida però è individuare odori ancora più sottili e poco percepibili che si formano nei primi stadi di malattie ancor più serie, come le patologie neurodegenerative o i tumori, così da consentire diagnosi e terapie sempre più precoci: la cosiddetta «volatolomica» è un nuovo settore di ricerca in cui chimici, ingegneri e scienziati dei materiali cercano di individuare la firma olfattiva unica di innumerevoli malattie e di realizzare poi strumenti elettronici in grado di riconoscerle.

«Scoprire» i tumori

Una prima «enciclopedia» dei segnali odorosi di diversi tipi di tumore è stata pubblicata qualche tempo fa su *NanoResearch* e proprio sulla diagnosi precoce del cancro si stanno concentrando molti sforzi:



in Italia, per esempio, il progetto Diag-Nose di Humanitas e Politecnico di Milano ha portato a realizzare un naso elettronico che fiuta nelle urine il tumore alla prostata con un'elevata accuratezza, che negli stadi molto iniziali di malattia è perfino migliore di quella delle consuete biopsie con cui si analizza una parte di tessuto limitata.

Il prototipo sembra in grado di distinguere anche fra tumori a bassa o elevata aggressività: i primi test clinici per validare il metodo sono previsti per quest'anno e si tratta di un progetto che, come molti altri per realizzare nasi elettronici, cerca di imitare le straordinarie capacità olfattive dei cani.

Diverse ricerche hanno di-

mostrato che questi animali, adeguatamente addestrati, sono in grado di riconoscere i pazienti che hanno un tumore (alla prostata, ma anche al colon-retto o al polmone) solo annusandoli: uno studio dell'Humanitas Mater Domini di Castellanza ha dimostrato per esempio che l'accuratezza della diagnosi canina del tumore alla prostata può arrivare fino al 97 per cento.

I recettori olfattivi dei cani sono migliaia di volte più efficienti di quelli umani e il loro bulbo olfattivo è il triplo del nostro, ma usarli come metodo diagnostico standard in clinica non è praticabile, non solo per l'oggettiva difficoltà logistica ma anche perché ci può essere differenza nell'accuratezza fra un cane e l'altro,

o perfino in uno stesso individuo da un giorno all'altro: l'obiettivo perciò è realizzare strumenti che grazie a sensori di gas e algoritmi specifici riescano a riconoscere l'odore di malattia in maniera affidabile e ripetibile, «digitalizzando» il senso dell'olfatto.

Dna

● Poche settimane fa ricercatori dell'università di Riverside in California hanno scoperto che il diacetile, la molecola dall'odore «burroso», può modificare la trascrizione di alcuni geni e, nel moscerino della frutta, interferire con processi molecolari che portano alla comparsa di tumori e malattie neurodegenerative

● In laboratorio il diacetile ha anche rallentato la proliferazione di cellule tumorali umane.

● Gli studi sono ai primissimi passi, ma i ricercatori sperano che prima o poi si possa addirittura ipotizzare una «prevenzione profumata» per restare più a lungo in salute

Un naso digitale che fiuta nelle urine il tumore alla prostata: si sta provando a realizzarlo in Italia

Dopo i 70 anni, l'anziano su 5 va incontro a una riduzione della sensibilità olfattiva

Così il naso può aiutare nella diagnosi

Malattie	Odori
Diabete di tipo 1 / Iperteroidismo	Fruttato
Renali	Pesce o ammoniacca
Epatiche	Muschio, dolce e metallico
Gotta	Odore delle urine molto pungente
Menopausa	Odore corporeo più intenso, note fruttate o acide
Infezione da stafilococco	Formaggio stagionato
Infezione da streptococco	Burro o caramello
Infezione da Escherichia Coli	Odore urine di aceto o frutta marcia
Helicobacter pylori	Uovo marcio
Candida	Lievito
Tumore al polmone	Muschiato, di muffa o dolciastro
Tumore al seno	Sudore fruttato, speziato o floreale
Tumori cutanei	Rancido, acido, bruciato




29 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Contenimento dell'antibiotico resistenza: nella direzione giusta per l'Osservatorio salute benessere e resilienza

di Duilio Carusi *

Secondo la Quarta Relazione congiunta sul consumo di antibiotici pubblicata dall'ECDC europeo, i paesi che hanno ridotto il consumo di questi farmaci sia per uso umano che animale hanno apprezzato una riduzione dell'antibiotico resistenza. Nel periodo 2014-2021 il consumo di antibiotici negli animali da allevamento è diminuito del 44% e che questa misura ha portato ad una riduzione della resistenza alle terapie di E. Coli.

Si tratta di dati che dimostrano l'efficacia dell'approccio One Health e gli sforzi dell'UE in questa direzione. L'antibiotico-resistenza causa 35 mila morti l'anno con un costo di 11.7 miliardi di euro (dati OCSE). Un impatto sovrapponibile a quello di influenza, tubercolosi e HIV insieme.

Proprio nell'ottica One Health che orienta le politiche sanitarie mondiali, l'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini, nel suo nuovo rapporto di ricerca annuale 2023 sulla Vicinanza della salute, di recente presentato in Senato, ha dedicato una attenzione specifica alle componenti di salute ambientale e animale articolate nel capitolo dedicato a "Luoghi di vita e Ambiente".



In questo contesto un focus specifico è dedicato al fenomeno dell'antibiotico-resistenza, che viene osservato misurando l'andamento dal 2010 ad oggi sia delle vendite dei medicinali per uso veterinario contenenti sostanze antibiotiche, sia del consumo totale di farmaci antibiotici per uso umano.

Quello che emerge in questo caso è un quadro tendenzialmente positivo per il nostro Paese, che rende conto delle politiche messe in atto per contenere il fenomeno, da cui emergono però recentemente degli elementi di allerta.

Nel 2022 si assiste infatti ad una perdita di ben 12 punti di Vicinanza della salute sul fronte del consumo antibiotico per uso umano, attestando quindi un aumento del consumo di questo tipo di farmaci, probabilmente causato da un cambio dei comportamenti causato dalla pandemia, in controtendenza rispetto al precedente trend migliorativo che AIFA riferiva per il 2021 di un consumo complessivo di antibiotici in Italia pari a 17,1 dosi ogni mille abitanti die (DDD), in riduzione del 3,3% rispetto al 2020.

In ambito europeo European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority (EFSA) e European Medicines Agency hanno elaborato la quarta edizione del Report JIACRA, dedicato all'Analisi dell'antimicrobicoresistenza da consumo di antibiotici.

Nel Report JIACRA per comparare il consumo di antibiotici per uso umano e veterinario si calcolano le quantità consumate durante l'anno in milligrammi di antibiotico per chilogrammo di biomassa (mg/mk per biomassa) del consumante.

Il consumo medio europeo nel 2021 è stato di 125 mg/kg di biomassa per l'uomo e 92,6 mg/kg di biomassa per gli animali destinati al consumo alimentare, con l'Italia che ha fatto registrare valori pari a 129,4 mg/kg di biomassa di antibiotici per l'uomo e 173,5 per gli animali da allevamento, che risultano in linea con la media europea per il consumo umano e quasi doppi per l'utilizzo veterinario.

Per contribuire a combattere la resistenza antimicrobica, nel giugno 2023 il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato una specifica raccomandazione a favore dell'approccio One Health in cui si individuano come obiettivi, da raggiungere entro il 2030, una diminuzione del 20% del consumo totale di antibiotici negli esseri umani e una riduzione del 50% delle vendite complessive nell'UE di antimicrobici utilizzati negli animali d'allevamento e in acquacoltura, rispetto ai valori 2019.

Sono obiettivi importanti che per essere raggiunti richiedono uno sforzo coordinato e congiunto delle varie parti interessate, dagli attori della filiera alimentare e veterinaria e dagli attori del sistema di salute umana.

L'attività di ricerca dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, raccolta nel rapporto 2023 "Unire i Puntini: verso un piano di salute nazionale" osserva una drastica flessione della maggior parte degli indicatori che compongono il suo Indice di Vicinanza della salute -che dal 2010 ad oggi

passa da 100 punti ad 86 punti- e di conseguenza individua proprio nella ripresa di una pianificazione delle attività sanitarie a livello centrale uno dei principali elementi per il successo di una strategia nazionale in grado di raggiungere degli obiettivi di salute che siano in linea con lo standing nazionale italiano ed in linea con le attese europee.

La chiave di successo risiede nell'elaborazione di un Piano nazionale di salute, elemento fondamentale per raggiungere gli obiettivi di salute One Health, ridefinendo i confini del concetto di salute e benessere e provando ad identificare che tipo di risposta si potrà essere in grado di fornire a livello Paese, con quali Livelli Essenziali di Prestazioni (LEP) e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e con quale forma attuativa del mandato costituzionale della "tutela della salute".

** Adjunct Professor Luiss Business School, Coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 mar
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Tumore al seno/ Clinici a Governo: più prevenzione con i test di nuova generazione e medicina di precisione

Prevenzione e approccio olistico nel percorso di malattia della paziente fino al suo ritorno alla piena femminilità. Soprattutto investimenti in test genetici, screening e medicina di precisione, oltre che allocazione delle risorse appropriate per le terapie avanzate per contrastare il tumore. Questo chiedono i clinici alle Istituzioni per combattere efficacemente la battaglia contro il cancro al seno, una malattia che colpisce in Italia una donna su 8 e un uomo ogni 600.



Inadeguatezza del sistema nell'affrontare questo problema e lentezza nel recepire l'innovazione come quella rappresentata dai test genetici di nuova generazione e dalle nuove terapie personalizzate di cui le pazienti hanno urgente bisogno, sono i temi messi sul tavolo dagli oltre 40 medici ed esperti sanitari del settore che hanno dato vita alla prima Consensus Innovation in Breast Cancer.

La Consensus, avviata a novembre dello scorso anno, ha portato alla redazione del Policy Act 2024, un documento costruito su otto pillar che sintetizza le linee di indirizzo per gli interventi normativi finalizzati a portare l'eccellenza nella strategia sanitaria per contrastare il tumore al seno. Consegnato alle Istituzioni, il Policy Act traccia un percorso che possa rispondere ai bisogni di migliaia di donne e uomini cui ogni anno in Italia

viene diagnosticato un carcinoma mammario (secondo i dati diffusi da AIOM nel 2023 le diagnosi sono state 55.900 nel 2023 e dei loro familiari.

A guidare i lavori, il professor **Carmino Pinto**, coordinatore della Consensus e Direttore di Struttura Complessa Oncologia Medica Provinciale AUSL-IRCCS Reggio Emilia, che stamattina alla Camera dei Deputati ha consegnato il Policy Act al Parlamento, nelle mani del Presidente della Camera Lorenzo Fontana, e al Governo, per tramite del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, e del Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria, Francesco Vaia. “Il tumore alla mammella – ha detto Pinto nel suo intervento di presentazione del Policy Act – va affrontato con provvedimenti che non riguardano un singolo ‘momento’ della malattia, ma che incidano su tutti gli aspetti della sua gestione. Ciò di cui abbiamo bisogno è migliorare i percorsi di screening e prevenzione, intervenire tempestivamente grazie all’innovazione terapeutica e all’esperienza clinica, per restituire alle donne che affrontano questo difficile percorso una buona qualità di vita”.

“Nella lotta contro questa, così come contro altre neoplasie – ha sottolineato il presidente della Camera **Lorenzo Fontana** nel suo messaggio di saluti –, è cruciale il sostegno delle Istituzioni, chiamate a supportare la ricerca e a superare gli ostacoli ancora esistenti nell’accesso ai test diagnostici e alle terapie innovative, assicurando trattamenti avanzati. Dobbiamo ricordare che dietro ogni statistica ci sono persone, che richiedono non solo cure, ma soprattutto attenzioni non strettamente limitate alla propria malattia. Per questo motivo ritengo necessario promuovere un approccio olistico nel trattamento delle pazienti, mirato sia alla sconfitta del male dal punto di vista clinico, sia al loro benessere psico-fisico.”

“In un incontro bilaterale focalizzato proprio sul tumore alla mammella e sulle Breast Unit italiane ho provato un certo orgoglio nel sentire la Commissaria europea per la salute e sicurezza Stella Kyriakides elogiare pubblicamente l’Italia per il lavoro eccellente svolto nel trattamento delle donne con tumore al seno, grazie proprio alla diffusione di Breast Unit specializzate. Ha citato l’Italia come modello europeo per questo tipo di organizzazione. I numerosi progressi compiuti nel trattamento di questa patologia devono rappresentare uno stimolo per guardare avanti e senza dubbio le proposte avanzate dal Gruppo di lavoro Consensus Innovation in Breast Cancer che ha il suo punto di forza nella multidisciplinarietà vanno in questa direzione”, ha dichiarato il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, che a conferma dell’importanza dell’approccio olistico ha sottolineato: “La sfida presente e futura deve concentrarsi sul miglioramento della qualità della vita delle pazienti, anche potenziando la sinergia con le associazioni dei cittadini e dei pazienti che ringrazio per il loro impegno”. “Inoltre – ha aggiunto il ministro - vorrei ribadire che c’è un programma finanziato con fondi

europei dedicato al rafforzamento dei servizi sanitari in 7 regioni del Sud che include tra i suoi obiettivi anche una maggiore copertura degli screening oncologici (Programma Nazionale Equità per la Salute). Fondi che devono essere spesi per assicurare l'equità delle cure, perché non ci siano pazienti di serie A e serie B.”.

D'Accordo anche il direttore generale della Prevenzione sanitaria, **Francesco Vaia**, il quale ha focalizzato il suo intervento sul ruolo della prevenzione, ribadendo che “corretti stili di vita possono aiutare a diminuire la domanda di cura e migliorarne l'accessibilità. Bisogna allargare la fascia d'età con estensione fino ai 74 anni degli screening per la prevenzione. Prevenzione che deve e può essere l'attrice del cambiamento”.

Infine, a chiudere il cerchio della politica al servizio della sanità, dei pazienti e dei caregiver, **Simona Loizzo**, deputata presidente dell'Intergruppo Parlamentare sulle nuove frontiere terapeutiche nei Tumori della Mammella che ha promosso l'evento, ha sottolineato: “Il tumore al seno è la neoplasia più comune nel sesso femminile e oggi ha delle strade di successo terapeutico spesso non omogeneamente perseguite in tutto il sistema sanitario nazionale. Per questo oggi siamo qui con l'obiettivo di aiutare il legislatore, facendo il punto sulle nuove terapie, da quelle chirurgiche a quelle farmacologiche e affrontando tematiche di importante compliance per la donna come l'estetica oncologica, al fine di produrre un documento che sia alla base di una nuova proposta di legge che immetta nei livelli essenziali di assistenza una serie di interventi mirati per migliorare le attività di cura e assistenza per le persone colpite dal tumore al seno”.

I lavori sono proseguiti con l'illustrazione degli otto pillar su cui poggia il Policy Act: prevenzione e screening, accesso alle terapie innovative, uniformità dei PDTA regionali, oltre agli aspetti che completano la gestione della malattia per un ritorno a una buona qualità di vita delle pazienti come la chirurgia ricostruttiva, l'accudimento dermatologico, il supporto psico-oncologico e quello nutrizionale. Nel Policy Act sono state formulate proposte di attività prioritarie sulle quali viene chiesto al Parlamento di concentrare i propri sforzi in ambito normativo: l'uso di sistemi digitali per gli inviti agli screening; l'accesso anticipato a trattamenti innovativi; la valorizzazione degli interventi chirurgici complessi; l'omogeneizzazione dell'inserimento dello psico-oncologo nei PDTA; l'individuazione di percorsi formativi specifici in dermatologia oncologica e detrazioni fiscali per prodotti dermo-cosmetologici. Tra le proposte anche la definizione di requisiti standard per allineare i PDTA, la previsione di una scuola di specialità in chirurgia senologica, l'uso di strumenti digitali per una maggior adesione delle donne agli screening, la semplificazione del percorso per la domanda di invalidità civile, l'inserimento nei programmi di screening per le

persone immigrate regolari, il tutto anche grazie al prezioso supporto delle associazioni di pazienti.

A chiudere la giornata, l'opinione degli stakeholder di comparto. In particolare, il presidente di Farmindustria, **Marcello Cattani**, ha sottolineato il contributo essenziale del comparto industriale nella produzione farmacologica sottolineando come esso abbia "ridotto la mortalità negli ultimi vent'anni di oltre il 20% per tutte le cause di diagnosi tumorale. Un viaggio che prosegue grazie all'innovazione e alla ricerca". "Da qui al 2029 – ha aggiunto –, sono stati investiti due trilioni di dollari per portare nuovi farmaci, nuove possibilità per allungare la vita, ma soprattutto dare più qualità. E questo si può fare solamente se c'è un contesto di legislazioni armonico e aperto all'innovazione che possa valorizzare gli investimenti".

Pienamente coinvolte nei lavori della Consensus e nella presentazione le Associazioni Pazienti, rappresentate da **Rosanna D'Antona**, presidente Europa Donna Italia che ha ricordato come "le associazioni abbiano l'onore e l'onere di affiancare le pazienti e i clinici e i medici nel garantire la necessaria trasversalità nell'approccio", sottolineando "l'assoluta necessità di abbattere il muro del 50% delle donne che effettuano screening preventivi, perché oggi ci sono quasi dieci milioni di donne che non sono soggette alle necessarie misure di prevenzione".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Tumore al seno: al via indagine Andos-Crea Sanità sulla tossicità finanziaria

Sarà realizzata dall'Andos in collaborazione con Crea Sanità un'indagine sulla tossicità economica che interessa le donne con cancro al seno. Secondo i dati più recenti, la tossicità finanziaria colpisce il 26% delle persone con cancro e non risparmia le donne con cancro della mammella, la neoplasia più comune del sesso femminile con circa 55.900 nuovi casi l'anno.



“Ho sempre pensato il nostro sistema sanitario garantisca l'accessibilità e l'equità delle cure sottolinea Flori Degrassi, presidente Andos nazionale - e in effetti, nel nostro particolare ambito, molto si è fatto per migliorare la diagnosi e la terapia. Oggi però in molte regioni si cominciano a riscontrare problemi legati alla difficoltà di ottenere appuntamenti diagnostici anche durante il follow-up legati alla mancanza di presa in carico delle donne e alle difficoltà di essere trattate chirurgicamente e terapeutamente nei tempi prescritti”.

“Con l'abbassarsi dell'età delle donne con diagnosi di tumore della mammella – spiega Degrassi - stanno aumentando velocemente quei problemi che già da alcuni anni il professor Perrone e FAVO hanno evidenziato, ossia le difficoltà economiche negli anni successivi alla diagnosi per diminuzione del reddito o perdita del lavoro, aumento delle spese mediche e per l'acquisto di farmaci di supporto, costi di viaggio e alloggio

per raggiungere i centri di cura, ricorso alla sanità privata per indagini che aggirino i tempi delle liste di attesa e per le donne in chemioterapia, acquisto delle parrucche, ecc”.

Non basta. L’impoverimento interessa spesso anche familiari e caregivers a causa delle conseguenze delle assenze forzate dal lavoro o della cessazione di attività in proprio.

“Per questo motivo – commenta Degrossi – Andos e Crea Sanità hanno predisposto un’indagine che affianca all’analisi del Professor Perrone la valutazione di situazioni di fragilità psicologica, familiare e sociale delle donne operate di carcinoma mammario, con l’obiettivo di orientare l’intervento dell’Associazione a supporto di queste donne, attraverso l’azione degli oltre cinquanta comitati diffusi su tutto il territorio nazionale”.

“Le differenze economiche tra uomini e donne non si fermano alla retribuzione e alla carriera ma emergono anche di fronte ad una diagnosi di cancro, le differenze di reddito aumentano la sofferenza economica se è la donna ad ammalarsi - sottolinea Simona Saraceno, Presidente del Comitato ANDOS di Roma, che prosegue - essere donna è un fattore di rischio primario per la tossicità finanziaria: un recente studio di Jama Network Open [1] ha calcolato la presenza di difficoltà economiche nel 35,3% delle donne con cancro al seno dei paesi ad alto reddito e nel 78,8% di quelli a medio reddito”.

“Un dato allarmante – dice Saraceno – considerando anche lo svantaggio economico è correlato anche a ritardi nella diagnosi che influiscono sulle possibilità di guarigione”.

“I problemi economici, la perdita del lavoro o del reddito, i debiti preesistenti o contratti in occasione della malattia rientrano tra i ‘determinanti sociali di salute’ - sottolinea Johann Rossi Mason, direttrice del MOHRE -. Le condizioni e i contesti di vita hanno un peso sia sul rischio di ammalarsi che sulla possibilità di sopravvivenza. Basti pensare che uno studio appena pubblicato su Journal of Public Health ha evidenziato che circa il 25% dei decessi per cancro interessa persone con basso livello di istruzione”.

“Lo ‘stress finanziario’ che influisce anche sulla salute a lungo termine, sull’aderenza alle cure, la capacità di seguire corretti stili di vita e fare controlli periodici si somma allo stress cronico determina quello che viene chiamato ‘carico allostatico’ capace di peggiorare la salute globale.

Fortunatamente esistono oggi validi strumenti, come il test PROFFIT (Patient Reported Outcome for Fighting Financial Toxicity) che possono misurare questo disagio e orientare misure di sostegno ad hoc. Ad esempio, sostegno economico nelle pazienti a rischio, servizi di assistenza e riabilitazione, supporto psicologico gratuito e l’ampliamento della copertura del SSN per alcune spese, in modo da dare a tutti le stesse opportunità di accesso” conclude Rossi Mason.

“Problematiche relative all’accesso alle prestazioni e alla presa in carico,

spesa privata, effetti sulle capacità di acquisto e andamento della qualità della vita delle donne operate al seno sono le aree sulle quali indagherà la survey realizzata con Andos – ha spiegato Federico Spandonaro, economista e presidente del comitato scientifico di CREA Sanità – con l’obiettivo di misurare, attraverso la rete territoriale dell’Associazione l’incidenza del fenomeno di impoverimento causato dalla malattia su questo specifico target”.

“La tossicità finanziaria interessa anche i pazienti di sistemi sanitari universalistici come il nostro – spiega infine Francesco Perrone, presidente AIOM. “Abbiamo già dimostrato, in uno studio su 3.760 cittadini con tumore in Italia, che al momento della diagnosi il 26% deve affrontare problemi di natura economica e il 22,5% peggiora questa condizione di disagio durante il trattamento. Questi ultimi, inoltre, hanno un rischio di morte nei mesi e anni successivi del 20% più alto. Alla luce di questi dati, ci siamo chiesti quali fossero le cause. Da qui il questionario PROFFIT (Patient Reported Outcome for Fighting Financial Toxicity), uno strumento opensource che abbiamo messo a disposizione della comunità scientifica e che è incluso nella survey ANDOS, dalla quale ci aspettiamo ulteriori e indispensabili elementi di indirizzo”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Prevenzione e innovazione nel trattamento del carcinoma prostatico avanzato

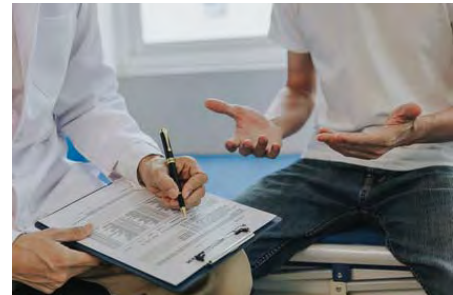
di Giuseppe Procopio*

Il carcinoma della prostata rappresenta una sfida continua per l'oncologia medica. È una patologia con un'incidenza molto alta: conta oltre 41.000 nuovi casi diagnosticati solo nell'ultimo anno in Italia.

È il tumore più frequente nella popolazione maschile italiana, e oggi sono 564.000 gli

italiani che vivono con una diagnosi di tumore della prostata. Negli ultimi anni abbiamo assistito a un aumento dell'incidenza di questo tumore dovuta, principalmente, alla maggiore capacità di diagnosi attraverso uno screening precoce, come il dosaggio del PSA, l'esame digitorettale, l'ecografia prostatica e la biopsia sotto guida ecografica.

Una delle sfide è proprio quella della diagnosi precoce, perché nella fase iniziale il carcinoma della prostata è in genere asintomatico. Ma la capacità di intercettare la malattia prima che progredisca è cruciale nel determinare la possibilità di cura: se individuato per tempo la rimozione chirurgica o attraverso radioterapia del tumore può essere risolutiva. Il 10% dei casi viene diagnosticato già in fase avanzata quando sono cioè presenti delle localizzazioni a distanza in genere a livello linfonodale ed osseo; inoltre anche i casi con malattia localizzata possono sviluppare una recidiva a distanza di tempo ed il rischio di ripresa della malattia varia grandemente in base all'espressione di alcuni fattori prognostici ben riconosciuti



La seconda sfida che si deve pertanto affrontare è quindi quella di garantire a questi pazienti la migliore terapia possibile, per efficacia e tollerabilità. Attualmente per i pazienti con malattia avanzata è indicata la terapia di deprivazione androgenica che mira ad abbassare la produzione di testosterone, l'ormone che sostiene lo sviluppo del tumore. Due le classi di farmaci usate - gli agonisti LHRH e gli antagonisti del recettore del GnRH - e in entrambi i casi il trattamento presenta dei limiti. Gli agonisti, l'opzione più frequentemente utilizzata, provocano un forte incremento iniziale del testosterone (flare), reazioni nel sito di somministrazione e un lento recupero del testosterone dopo l'interruzione del trattamento. Il flare può causare una recidiva del tumore, con sintomi clinici comuni che includono dolore legato alle metastasi ossee, ostruzione urinaria, compressione del midollo spinale e potenziali effetti cardiovascolari. Inoltre, l'aumento del testosterone può ritardare il tempo necessario per raggiungere l'efficacia terapeutica del trattamento. L'antagonista del GnRH iniettabile d'altra parte è privo del fenomeno di flare prima descritto ma è associato a un'elevata frequenza di reazioni al sito di iniezione e a un lento recupero del testosterone dopo l'interruzione del trattamento. Inoltre, queste somministrazioni devono essere praticate da un operatore sanitario in ambiente ospedaliero o in regime ambulatoriale. Se i pazienti manifestano effetti collaterali da tali formulazioni, si rende necessaria l'interruzione della terapia e possono essere necessari diversi mesi perché gli effetti collaterali si risolvano.

Una sfida importante quella di garantire una migliore cura per questi pazienti che oggi affrontiamo con uno strumento in più: una terapia orale di deprivazione androgenica che promette di cambiare il paradigma del trattamento per i pazienti affetti da carcinoma prostatico avanzato ormonosensibile. Una nuova opzione terapeutica che si distingue per la sua capacità di sopprimere rapidamente e in modo sostenuto i livelli di testosterone, senza causare il fenomeno del flare, ovvero quel picco iniziale di testosterone che può esacerbare i sintomi del tumore. Gli studi clinici hanno inoltre dimostrato una maggiore rapidità d'azione e un profilo di sicurezza notevolmente migliorati, tra cui un rischio inferiore del 54% di eventi avversi cardiovascolari maggiori.

La terapia orale consente inoltre ai pazienti una gestione della terapia più semplice e autonoma. Questo aspetto non è da sottovalutare, poiché migliora la qualità di vita del paziente, consentendo una maggiore flessibilità e una riduzione del disagio e degli oneri complessivi.

**Direttore del Programma Prostata e della Oncologia Medica Genitourinaria del Dipartimento di Oncologia Medica della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano*

29 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

“Alzheimer chiama Europa”: al via la campagna in vista delle prossime elezioni

La demenza deve diventare una priorità per le istituzioni europee. È questo il messaggio della campagna “Alzheimer chiama Europa” lanciata dalla Federazione Alzheimer Italia e dal suo partner Alzheimer Europe che raggruppa 41 associazioni nazionali di 36 diversi Paesi, in previsione delle elezioni per il rinnovo del Parlamento europeo che si

terranno a giugno 2024. “Bisogna agire prima che sia troppo tardi - afferma Katia Pinto, presidente di Federazione Alzheimer Italia – Le elezioni europee sono un’occasione fondamentale per far sentire la voce di tutte le persone con demenza e dei loro familiari e caregiver: la prossima legislatura deve rappresentare un cambio di passo. Per questo promuoviamo la campagna Alzheimer chiama Europa”.

I singoli candidati al Parlamento europeo sono invitati a firmare l’“European Dementia Pledge”: un impegno in caso di elezione a dare priorità alla demenza nei settori della salute, della ricerca, della politica sulla disabilità e dei caregiver.

Secondo i dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità la demenza rappresenta la terza causa di morte in Europa e la settima a livello globale, con un costo sociale stimato nel nostro continente di 392 miliardi di euro nel 2019. Si prevede che entro il 2025 saranno oltre 9 milioni le persone con

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



demenza nell'Unione europea, destinate a diventare più di 14 milioni entro il 2050.

“ Lanciamo con forza un appello agli uomini e alle donne che siederanno al Parlamento europeo - conclude Pinto - nel quinquennio 2024-2029 e a tutti coloro che saranno chiamati a prendere delle decisioni all'interno delle istituzioni europee: riservate alla lotta alla demenza e al sostegno di chi convive con questa condizione un posto centrale nell'agenda politica. Se l'Unione Europea inizierà a considerare la demenza una priorità, allora anche i governi nazionali, compreso quello italiano, dovranno fare lo stesso”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Diabete Tipo 1 tra diagnosi precoce, accesso alle cure e sistemi ibridi integrati

di Riccardo Candido *

Il diabete di tipo 1, caratterizzato dalla mancata produzione di insulina da parte del pancreas, è una patologia cronica autoimmune che insorge, di solito, in età giovanile e che oggi riguarda circa 300.000 persone in Italia con una incidenza che è in costante crescita.

L'innovazione tecnologica si appresta a rivoluzionare l'approccio alla cura per questa particolare forma di diabete, detta "insulino-dipendente", dal momento che chi ne soffre deve assumere insulina per tutta la vita.

I risultati più interessanti non riguardano solo le pompe di infusione di insulina (microinfusori) e sensori che consentono il monitoraggio in continuo del glucosio presi singolarmente, ma soprattutto i cosiddetti "sistemi ibridi ad ansa chiusa", dove sensori e pompe insuliniche, grazie a specifici algoritmi, lavorano in sinergia: i primi forniscono informazioni sull'andamento della glicemia e le seconde, sulla base di questi dati, regolano automaticamente l'erogazione di insulina. Vengono definiti "ibridi" perché al momento non fanno tutto in autonomia, ma richiedono l'intervento manuale al momento del pasto.

Si tratta di strumenti che migliorano in concreto lo stato di salute delle persone con diabete, perché permettono un controllo glicemico più efficace, riducendo il rischio delle complicanze correlate alla malattia diabetica.



Inoltre, offrono notevoli vantaggi in termini di qualità di vita, concedendo maggior praticità, maggiore libertà e discrezione nella gestione della propria malattia.

Facilitazioni di cui beneficiano anche i caregiver. Un esempio concreto è quello dei genitori di bambini con diabete. I più recenti dispositivi per il monitoraggio in continuo del glucosio (Cgm) sono dotati di app attraverso le quali è possibile controllare sullo smartphone i propri livelli di zucchero nel sangue; dal momento che l'app può essere condivisa sul telefono di più persone, anche il genitore può monitorare da remoto i dati del figlio che indossa il Cgm mentre è a scuola o sta facendo sport.

Ciononostante, queste soluzioni sono ancora sottoimpiegate in Italia, come dimostra, ad esempio, il caso dei microinfusori: secondo gli Annali Amd solo poco più del 18% delle persone con diabete di tipo 1 li utilizza. Inoltre, considerati i diversi modelli e le specifiche indicazioni prescrittive che a livello regionale regolano la disponibilità di questi devices, assistiamo anche a un problema di diseguità di accesso alle cure.

Ma ci sono altri due aspetti chiave da considerare se vogliamo che la tecnologia, oltre ad essere accessibile a tutti, sia anche sostenibile per il sistema, ovvero la formazione del personale sanitario e l'educazione terapeutica della persona con diabete. È fondamentale che chi è deputato a indicare l'impiego di questi strumenti li conosca in modo approfondito, così come è necessario che i pazienti siano poi educati all'utilizzo corretto così da poterne sfruttare a pieno tutte le potenzialità.

Adesso, in tema di diabete tipo 1, vediamo all'orizzonte un risultato ancora più straordinario e concreto: grazie alla Legge 130/2023 sarà possibile individuare precocemente i pazienti che rischiano di sviluppare la patologia per trattarli, nel prossimo futuro, con terapie che saranno in grado, se non di prevenirne, di ritardarne l'insorgenza. Un passo decisivo per il nostro Paese, il primo al mondo a introdurre, con la ricerca degli anticorpi, lo screening del diabete tipo 1 e della celiachia in tutta la popolazione pediatrica. Grazie a questa nuova normativa sarà innanzitutto possibile prevenire le diagnosi tardive e gli episodi di chetoacidosi, che ancora oggi rappresentano un esordio drammatico e potenzialmente letale della patologia diabetica.

** Presidente Associazione medici diabetologi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 mar
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Malattia Renale Cronica, questa sconosciuta: consapevolezza e screening per combatterla

di Stefano Bianchi*

Come Società Italiana di Nefrologia, abbiamo celebrato la Giornata Mondiale del Rene (WKD) con una certezza: il bisogno, urgente, di fare informazione sulla Malattia Renale Cronica e creare consapevolezza, a tutti i livelli, sull'importanza di preservare la salute renale. La Malattia Renale Cronica (MRC) rappresenta una priorità per la salute pubblica: in Italia si stima che quasi 1 Italiano su 10 ne soffra; un'incidenza che aumenta progressivamente all'aumentare dell'età, raggiungendo il 17% nella popolazione over 70. Si stima che nel 2040 questa patologia occuperà il quinto posto nelle cause di morte. Non solo. La MRC porta con sé, oltre al rischio aumentato di morte, anche un peggioramento della salute del paziente nel breve termine; limita infatti l'implementazione di interventi "salvavita" in malattie cardiologiche, infettive e oncologiche e aumenta parallelamente il rischio di ospedalizzazioni e morte per eventi cardiovascolari. Ecco allora che la Giornata Mondiale del Rene si caratterizza come una campagna di sensibilizzazione globale volta ad aumentare la consapevolezza dell'importanza dei nostri reni. Una grande articolata iniziativa per salvaguardare la salute renale di tutti, con attività di sensibilizzazione e



screening gratuiti in tutta Italia.

Perché è così importante fare informazione? Semplice. Le recenti scoperte terapeutiche offrono opportunità senza precedenti in grado di rallentare l'evoluzione della MRC e mitigarne le complicanze, come le malattie cardiovascolari, allontanando il ricorso alla dialisi anche di 10 anni. Ma perché ciò avvenga è necessario promuovere conoscenza e consapevolezza, fare controlli regolari per diagnosi più precoci che possano garantire maggiori opportunità e migliore qualità di vita. Le linee guida attuali hanno posto l'accento su questo problema e raccomandano programmi specifici di screening in tutti i paesi del mondo al fine di identificare e trattare precocemente i pazienti con MRC con l'obiettivo di ridurre la progressione della MRC, ed il peso umano, sociale ed economico ad essa correlato.

Tuttavia, la MRC si caratterizza per essere asintomatica fino ai gradi avanzati di malattia per cui la maggioranza dei pazienti non sono consapevoli di avere una nefropatia e non chiedono al MMG di sottoporsi a visita nefrologica. Emerge pertanto un "paradosso clinico", ossia a fronte dell'attuale disponibilità di terapie, tradizionali ed innovative, dimostratisi in grado di rallentare la progressione delle nefropatie alla fase dialitica, la possibilità di implementarle è limitata al 10% dei pazienti eleggibili.

È dunque necessario un approccio globale e multilivello al fine di migliorare la cura dei reni e di ottimizzare la pratica terapeutica, ovunque.

Bisogna perciò agire su diversi fronti, a partire da politiche sanitarie mirate che integrino la cura dei reni nei programmi sanitari esistenti e che diffondano le conoscenze sulla salute renale al pubblico e al personale sanitario. Per prevenire la MRC o la sua progressione, dovrebbe essere implementato un accesso equo allo screening delle malattie renali e agli strumenti per la diagnosi precoce e l'accesso sostenibile a trattamenti di qualità. Altro punto importante da affrontare è la carenza di operatori sanitari di base e di specialisti in Nefrologia, così come la loro formazione su uno screening appropriato della MRC e l'adesione alle raccomandazioni delle linee guida di pratica clinica, fondamentali affinché possano essere implementate con successo strategie di trattamento efficaci e sicure. Ancora, è necessario adottare un approccio centrato sul paziente, per migliorare e uniformare l'accesso alle cure e ai farmaci. Infine, punto di partenza e di arrivo, è ancora quello di aumentare la consapevolezza. Anche - e soprattutto - per quanto riguarda i fattori di rischio della MRC come il diabete, l'ipertensione e l'obesità, che dipendono da scelte di stili di vita sani. La consapevolezza è inoltre strettamente legata all'aderenza dei pazienti alle strategie di trattamento; un fattore che può portare benefici enormi, soprattutto laddove la terapia è iniziata precocemente.

**Presidente della Società Italiana di Nefrologia*



INCHIESTA/L'AFFAIRE PARMA

COVID Sprecopoli Emilia

Indagini e sequestri all'ospedale Maggiore
Al setaccio le maxi spese in tempo di pandemia
Sotto accusa la sanità di Bonaccini e Schlein

Cavallaro alle pagine 2 e 3

INCHIESTA /IL CASO PARMA

Sprecopoli Covid in Emilia Si indaga la sanità di Bonaccini

*Fascicolo della Procura sull'ospedale Maggiore, sequestrati tamponi, provette e analisi
Laboratori di eccellenza estromessi quando scoppio la pandemia e costi schizzati alle stelle*

RITA CAVALLARO

••• La spreco-poli dell'Emilia Romagna sotto la lente degli inquirenti. La Procura di Parma ha aperto un fascicolo penale e sta indagando sull'attività operati-

va in piena emergenza Covid del secondo ospedale della regione governata da Stefano Bonaccini. I carabinieri del Nas, nelle scorse settimane, hanno effettuato una serie di sopralluoghi all'Azienda Ospedaliero-Universitaria



di Parma, nel corso dei quali sono stati sequestrati tamponi e analisi di laboratorio eseguiti fin dal febbraio 2020, ovvero fin dalla prima fase della pandemia.

L'inchiesta ha preso il via da un esposto pervenuto dallo stesso nosocomio, relativo al Reparto di Virologia, al quale si sono aggiunte altre denunce successive, accorpate ora in un'unica inchiesta. Al centro della vicenda c'è appunto l'ospedale Maggiore di Parma, diretto da Massimo Fabi, un uomo del presidente, dal 2015 direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Per il grande impegno nella lotta alla pandemia, Bonaccini e l'allora vice Elly Schlein, l'8 giugno 2022 avevano riconfermato Fabi alla guida dell'Aou parmense. Ora, però, sulla sua gestione della pandemia si sono accesi i riflettori investigativi, per accertare eventuali criticità nella scelta del dirigente di estromettere alcuni laboratori di eccellenza della dell'Aou, tra cui quello di Microbiologia e Virologia, dalla rete dei centri per l'analisi dei test molecolari. Non solo. Fabi avrebbe preferito creare dal nulla una squadra ad hoc all'Istituto di Igiene dell'università.

Una scelta inspiegabile, nel momento più tragico del nostro Paese, quando la parola d'ordine era fare in fretta per salvare vite. Tanto più che la decisione del direttore generale avrebbe comportato spese presumibilmente inutili, per diversi milioni di euro, che hanno pesato sui conti del Servizio sanitario nazionale. A marzo 2020, mentre tutta Italia teneva il fiato sospeso di fronte ai numeri drammatici dei morti e la rete sanitaria ingaggiava una corsa contro il tem-

po alla ricerca di kit monouso e reagenti, Fabi aveva a disposizione un polo che già sfornava reperti, «pronto all'uso» e dotato di tutti i macchinari. Eppure aveva deciso di allestire da zero un laboratorio per la diagnostica del Covid, anziché rivolgersi a quello già operativo.

L'aspetto più rilevante, che avrebbe dato il via all'inchiesta della magistratura parmense, sarebbe proprio la scelta di affidare i test al laboratorio di Igiene, che non era attrezzato per quelle analisi microbiologiche. Non esisteva una squadra di virologi, tanto che il rettore dell'Università, Paolo Andrei, era stato costretto a cercare, con una lettera del 19 marzo 2020, medici disponibili a formare il nuovo team. E non aveva neppure la strumentazione per effettuare i tamponi, né i macchinari né i dpi. I carabinieri del Nas ora stanno analizzando i reperti medici sequestrati, mentre i pm valutano eventuali sprechi. Come risulta dalla "Rendicontazione spese effettuate Covid-19 - Fondo per le emergenze nazionali - periodi 1 marzo - 6 aprile 2020 e 7-13 aprile 2020", la Regione guidata da Bonaccini ha sborsato oltre 530mila euro alla settimana per attrezzare il laboratorio voluto da Fabi, soltanto per reagenti e forniture di consumabili e monouso.

Una cifra spropositata, se si pensa che, con quel trend, per il solo test Covid la sanità avrebbe speso tra i 4 e i 5 milioni di euro tra kit di reagenti e provette. Senza contare i costi affrontati dalla Regione a traino Pd per dotare l'Igiene dei macchinari che non aveva. Per la "Cappa Glove box di classe 3" sono stati

spesi 11.736 euro, mentre per una "biacitiva 180 plus" sono stati sborsati 10.980 euro.

Diverse le persone informate dei fatti già state ascoltate dagli inquirenti. Tra queste il dottor Vittorio Sambri, nominato a marzo 2020 coordinatore della rete regionale che esegue diagnosi di laboratorio Covid-19. Convocato dal Nas di Parma il 14 luglio 2021, Sambri ha messo agli atti: «Il commissario straordinario Massimo Fabi non ha segnalato il Laboratorio di Microbiologia e di Virologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma nonostante tale laboratorio aveva la capacità tecnologica per processare i campioni Covid-19. Ricordo che nel mese di aprile 2020 ho chiesto al dottor Massimo Fabi il motivo per il quale non aveva segnalato il laboratorio dell'azienda ospedaliera, e la risposta dell'interessato è stata quella che vi erano dei problemi in tale laboratorio, tali da non permettere la sua inclusione nella rete regionale». È così che Fabi ha pagato a caro prezzo, e con i soldi pubblici, la scelta di estromettere un laboratorio già operativo per reclutarne uno non attrezzato.

530.000

Euro

Quanto ha sborsato alla settimana la Regione di Bonaccini per attrezzare il laboratorio voluto dal direttore generale Fabi

19/3/2020

La data

Quando il rettore dell'università scrisse una lettera per cercare medici dal momento che non esisteva una squadra di virologi

5 MILIONI

Spesa

Il costo per i kit di reagenti e provette affrontato dalla Regione in un mese e mezzo nel solo ospedale di Parma



INCHIESTA 2/ L'AFFAIRE PARMA

Covid gate, gli sprechi e il laboratorio fantasma dell'uomo di Bonaccini

*I pm indagano sul centro di analisi: permessi retroattivi
E scoppia il «caso vaccini» Ue: Ursula nei guai per gli sms*

Diagnosi fantasma e test Covid in ritardo nella spreco poli in Emilia. Nell'inchiesta della procura di Parma sull'ospedale Maggiore spunta l'autorizzazione retroattiva concessa al laboratorio di analisi. Indagini anche sugli esposti partiti dal pronto soccorso a causa della lentezza per fare i tamponi. Intan-

to la Procura europea indaga sugli sms tra von der Leyen e il ceo di Pfizer per l'acquisto di dosi. Possibile il sequestro dei telefoni.

Cavallaro e Martini alle pagine 2 e 3

**INCHIESTA 2/ BONACCINI E L'AFFAIRE PARMA**

Indagini anche sugli esposti partiti dal pronto soccorso a causa della lentezza nel fare i tamponi

Diagnosi «fantasma» e test Covid in ritardo nella spreco poli Emilia

Nell'inchiesta della procura di Parma sull'ospedale Maggiore spunta l'autorizzazione retroattiva concessa al laboratorio di analisi

RITA CAVALLARO

••• Diagnosi Covid "abusive", ritardi nei tamponi che avrebbero mandato in tilt il pronto soccorso e dispositivi

sanitari acquistati con affidamenti senza gara. È il quadro della gestione della pandemia emiliano-romagnola targata Stefano Bonaccini, ora al vaglio dell'inchiesta della

Procura di Parma, che ha aperto un fascicolo sull'ospedale Maggiore, dove nelle settimane scorse i Nas hanno sequestrato tamponi, referti, provette e documentazione



dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, fin dalla prima fase delle diffusione del coronavirus.

Agli atti dell'inchiesta, nata da una serie di esposti che partono dal Reparto di Virologia e spaziano fino al pronto soccorso del nosocomio, ci sono alcuni provvedimenti, tra cui una convenzione retroattiva "ora per allora", presi in emergenza dal direttore generale Massimo Fabi, uomo del presidente dal 2015 e riconfermato nel suo ruolo dal duo Bonaccini-Schlein l'8 giugno 2022. Nel marzo 2020, infatti, il dg aveva deciso di estromettere, dalla rete dei centri per l'analisi dei test molecolari, il Laboratorio di

Microbiologia e Virologia dell'Aou parmense, il quale, nelle prime settimane, aveva processato i tamponi Covid-19 e aveva la capacità tecnologica per l'analisi dei campioni, grazie ai macchinari specifici e a una fornitura di kit e reagenti. Eppure il manager della sanità a traino Pd aveva preferito sospendere l'attività del pool di virologi per creare dal nulla un team dedicato al Laboratorio di

Igiene, che non era un reparto diagnostico, ma un gruppo di ricerca dell'Università, esterno al Sistema sanitario nazionale. E che, emerge ora dalla documentazione al vaglio della magistratura, oltre ad aver speso oltre 500mila euro a settimana, avrebbe firmato i referti in mancanza di un affidamento ufficiale dell'Azienda ospedaliera.

La Convenzione tra l'Aou di Parma che autorizza il Laboratorio di Igiene all'attività di analisi dei test molecolari è stata infatti sottoscritta dall'allora rettore Paolo Andrei solo il 12 maggio 2021. Nell'accordo viene incredibilmente fissata l'efficacia "retroattiva" della Convenzione al 23 febbraio 2020. In pratica, l'Aou di Parma ha ufficializzato i referti di Igiene di test molecolari, sequestrati ora dai Nas, solo un anno e tre mesi dopo. Non si capisce, dunque, con quale procedura il Laboratorio esterno al Ssn sia stato incluso, e abbia operato, nella rete dei centri diagnostici Covid, in una fase in cui il Ministero della Salute raccomandava, con una

circolare di gennaio 2020, di affidare l'esecuzione del molecolare Sar-Cov2 ai laboratori dei principali ospedali, che potevano operare a costo zero per la sanità pubblica. La Regione Emilia Romagna, invece, aveva addirittura comunicato al Ministero che sarebbe stato Igiene il laboratorio di riferimento regionale per il test Covid, e che a quel reparto sarebbero dovuti arrivare tutti i tamponi dell'Emilia. E lì si sarebbe scatenato il caos. Prima la perdita di tempo, in un momento in cui la sfida era fare in fretta per salvare vite. Tanto che diversi esposti sono partiti dal pronto soccorso dell'ospedale Maggiore, che si trovava con la sala d'attesa piena di malati ma non poteva prenderli in carico fino all'arrivo del responso sulla positività Covid. Una situazione sulla quale sono in corso le indagini della Procura di Parma, che sta valutando fatti e responsabilità, che potrebbero configurare l'ipotesi di epidemia colposa. Quei ritardi, tra l'altro, sarebbero diventati il pretesto per dotare Igiene di materiali diagnostici e reagenti con moti-

vazioni di urgenza, cioè acquistandoli al di fuori delle gare. Motivazioni che, sulla base degli atti e delle testimonianze, non troverebbero sussistenza, visto che quei macchinari e quei kit erano presenti, e inutilizzati, nel Reparto di Microbiologia escluso inspiegabilmente dalle analisi e dove, tra l'altro, i carabinieri del Nas hanno trovato oltre un migliaio di tamponi Covid rimasti in frigo e scaduti nei mesi successivi alla prima ondata. Infine, sempre a seguito delle lamentele dell'ospedale per i ritardi di spedizione dei referti, tra maggio e giugno 2020, a emergenza finita, il dg ha speso altro denaro per far inserire, nella rete informatica ospedaliera, Igiene, che in quanto non convenzionata con il Maggiore non aveva accesso ai sistemi.

2. PRIMO PIANO

IL TEMPO
domenica 31 marzo 2024

INCHIESTA / IL CASO PARMA

Sprecopoli Covid in Emilia Si indaga la sanità di Bonaccini

Fascicolo della Procura sull'ospedale Maggiore, sequestrati tamponi, provette e analisi
Laboratori di eccellenza estromessi quando scoppio la pandemia e costi schizzati alle stelle

ITA CAVALLARO

Le speranze di un'indagine che portasse alla luce le responsabilità del presidente della Regione Emilia-Romagna, Stefano Bonaccini, per la gestione della sanità durante la pandemia di Covid-19, si sono accese quando il fascicolo della Procura di Parma, che ha indagato sui presunti sprechi e sulla gestione dei test molecolari, è stato reso pubblico. Il documento, che ha fatto conoscere i dettagli delle attività del pool di virologi, ha rivelato che il direttore generale Massimo Fabi, in carica dal 2015, aveva autorizzato la chiusura del Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Aou di Parma, che era considerato uno dei centri di eccellenza per l'analisi dei test molecolari, e aveva affidato la gestione dei test a un laboratorio esterno, il Laboratorio di Igiene, che non era un reparto diagnostico, ma un gruppo di ricerca dell'Università, esterno al Sistema sanitario nazionale. E che, emerge ora dalla documentazione al vaglio della magistratura, oltre ad aver speso oltre 500mila euro a settimana, avrebbe firmato i referti in mancanza di un affidamento ufficiale dell'Azienda ospedaliera.

La Convenzione tra l'Aou di Parma che autorizza il Laboratorio di Igiene all'attività di analisi dei test molecolari è stata infatti sottoscritta dall'allora rettore Paolo Andrei solo il 12 maggio 2021. Nell'accordo viene incredibilmente fissata l'efficacia "retroattiva" della Convenzione al 23 febbraio 2020. In pratica, l'Aou di Parma ha ufficializzato i referti di Igiene di test molecolari, sequestrati ora dai Nas, solo un anno e tre mesi dopo. Non si capisce, dunque, con quale procedura il Laboratorio esterno al Ssn sia stato incluso, e abbia operato, nella rete dei centri diagnostici Covid, in una fase in cui il Ministero della Salute raccomandava, con una circolare di gennaio 2020, di affidare l'esecuzione del molecolare Sar-Cov2 ai laboratori dei principali ospedali, che potevano operare a costo zero per la sanità pubblica. La Regione Emilia Romagna, invece, aveva addirittura comunicato al Ministero che sarebbe stato Igiene il laboratorio di riferimento regionale per il test Covid, e che a quel reparto sarebbero dovuti arrivare tutti i tamponi dell'Emilia. E lì si sarebbe scatenato il caos. Prima la perdita di tempo, in un momento in cui la sfida era fare in fretta per salvare vite. Tanto che diversi esposti sono partiti dal pronto soccorso dell'ospedale Maggiore, che si trovava con la sala d'attesa piena di malati ma non poteva prenderli in carico fino all'arrivo del responso sulla positività Covid. Una situazione sulla quale sono in corso le indagini della Procura di Parma, che sta valutando fatti e responsabilità, che potrebbero configurare l'ipotesi di epidemia colposa. Quei ritardi, tra l'altro, sarebbero diventati il pretesto per dotare Igiene di materiali diagnostici e reagenti con moti-

530.000

Fino a quando ha lavorato alla settimana la Regione di Bonaccini per affidare il laboratorio retto dal direttore generale Fabi

19/3/2020

La data quando il rettore dell'Università scrive una lettera per cercare l'invio dal momento che non indaga una apertura di circoli

5 MILIONI

Spesa Il costo per i kit di reagenti e provette affidato dalla Regione in un mese e mezzo nel solo ospedale di Parma

di responsabilità e nessuno. Una cifra ragguarievole, se si pensa a quanti sono stati i tamponi Covid-19 fatti in Emilia-Romagna, come tra il 15 e il 16 febbraio 2020, quando il pool di virologi di Parma era in pieno svolgimento. Il pool di virologi di Parma era considerato uno dei centri di eccellenza per l'analisi dei test molecolari, e aveva la capacità tecnologica per l'analisi dei campioni, grazie ai macchinari specifici e a una fornitura di kit e reagenti. Eppure il manager della sanità a traino Pd aveva preferito sospendere l'attività del pool di virologi per creare dal nulla un team dedicato al Laboratorio di



L'inchiesta
La prima puntata della «Sprecopoli Emilia» pubblicata su Il Tempo lo scorso 31 marzo



I NODI DELLA SANITÀ

Serve «una valutazione più ampia» sul taglio ai rimborsi per esami, visite e analisi

Nuove tariffe nel 2025 Ora il rinvio è ufficiale

In Conferenza Stato-Regioni «sì» alla proroga delle modifiche

ANTONIO SBRAGA

••• Ieri la Conferenza Stato-Regioni ha dato il via libera al decreto che proroga al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale e protesica. Una decisione maturata, si legge nel decreto, «a fronte dell'espressa richiesta di un cospicuo numero di Regioni di prorogare l'entrata in vigore delle tariffe di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica al 1° gennaio 2025 e della correlata disponibilità delle restanti Regioni al riguardo». Quindi, considerata «la posizione unanime raggiunta dalle Re-

gioni e Province autonome» il decreto rinvia al prossimo anno l'entrata in vigore «anche al fine di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe, assicurando nel contempo una graduale transizione al nuovo tariffario». Disinnescato in extremis, quindi, il conto alla rovescia che dal primo aprile minacciava i tagli ai rimborsi ministeriali

per analisi, visite, esami e interventi effettuati dalle strutture pubbliche e private. Un mesto «pesce d'aprile» temuto e contestato dalle dieci associazioni di categoria rappresentate dall'Unione ambulatori e poliambulatori (Uap), che saluta questo «importante provvedimento, che dimostra una presa di coscienza da parte del ministro della Salute, Orazio Schillaci, e del presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, consentendo di salvare non soltanto gli ospedali pubblici,

ma anche le strutture sanitarie private convenzionate, i laboratori e poliambulatori privati convenzionati, le cliniche private e gli ospedali autorizzati convenzionati». Perché lo slittamento aiuterà anche «a salvare i 40 mila a rischio di perdita del posto di lavoro. La sanità italiana e soprattutto quella delle Regioni del Sud, in piano di rientro, possono trarre un sospiro di sollievo perché» la proroga «rappresenta una vittoria soprattutto per la tutela delle fasce più deboli e dei malati cronici, perché consente di continuare a offrire un servizio di qualità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Reazioni

*L'Unione ambulatori e poliambulatori
«Vittoria per malati cronici e fasce deboli»*



“Sanità del Lazio in tilt Pochi posti letto e buchi di personale”

Parla Magi (Ordine dei medici)
“Va aumentata l’offerta pubblica”

di STEFANO RIZZUTI

Antonio Magi, presidente dell’Ordine dei medici di Roma, qual è oggi la situazione dei pronto soccorso nel Lazio?

C’è stato, come dice Rocca, qualche concreto miglioramento negli ultimi mesi?

“Si sta cominciando a muovere qualche cosa, in questo momento qualcosa migliora sugli accessi al pronto soccorso solo perché gli accreditati esterni stanno sul Cup. Però, purtroppo, non durerà a lungo perché si intaseranno anche i convenzionati. Sicuramente in questa fase di apertura c’è una lieve riduzione, ma va aumentata l’offerta pubblica degli specialistici, che negli ultimi dieci anni si è ridotta di circa il 50%. In più quelli che ci sono nelle Asl non lavorano al massimale orario: nel Lazio in media lavorano 21 ore e non il massimale di 38, raggiungendo questa cifra verrebbe raddoppiata l’offerta specialistica”.

Ha senso, a suo avviso, fare affidamento sui privati come sfa Rocca?

“Dipende dal modello di sanità che vogliamo. Nel Lazio abbiamo circa 1,2 milioni di malati cronici che se venissero presi in cura dalle case di comunità non si rivolgerebbero più al Cup. Per il resto, che può essere per

esempio il caso di

una colica che mi

richiede un’ecografia, oggi la gente va al pronto soccorso, dove non dovrebbe andare, perché l’offerta non è alta. Finché non avremo le case di comunità non risolveremo il problema”.

Si parla molto dei diversi giorni di attesa nei pronti soccorso prima del ricovero: la sanità nel Lazio è in tilt?

“Abbastanza, purtroppo sì. Perché non abbiamo risolto il problema del personale, nessuno vuole lavorare nel pronto soccorso. E non abbiamo risolto il problema di chi non dovrebbe accedere al pronto soccorso, ma non trova professionisti o solo con tempi molto lunghi. Se mi chiedono sei

mesi per un’ecografia, allora vado al pronto soccorso e qualcuno me la dà. Il problema non è solo il pronto soccorso, ma anche il ricovero successivo: mancano i posti letto e i pazienti restano sulle barelle”.

Il Lazio, nel rapporto Agenas, è risultata essere la regione italiana con la più lunga attesa per i codici rossi: a cosa è dovuto questo dato?

“Il problema riguarda la possibilità di essere ricoverati immediatamente. Nel Lazio ci sono 2,7 posti letto per mille abitanti quando in Germania il tasso è di 7,0. E nel Lazio parlo solo di residenti: poi ci stanno gli studenti, i turisti e gli accessi sono superiori. Già per i residenti i posti sono scarsi, figuriamoci per la mole di persone che gira per il Lazio”.

“Tutte e due. Sicuramente non si stanno utilizzando

tutti gli strumenti per la mancanza di copertura economica. Da una parte molti concorsi vanno deserti, non ci sono professionisti che vogliono lavorare, per i casi di violenza, le denunce, gli stipendi bassi. Il rischio è che ci si rivolga ai gettonisti per coprire le carenze. L’altro punto è la mancanza di gente che vuole andare al pronto soccorso, circa il 50% dei posti di specializzazione sono andati deserti. Non c’è appeal e bisogna invertire la rotta finanziando il personale del Ssn. Ora è arrivato il momento di investire sul personale, senza personale non c’è sanità”.

lizzazione sono andati deserti. Non c’è appeal e bisogna invertire la rotta finanziando il personale del Ssn. Ora è arrivato il momento di investire sul personale, senza personale non c’è sanità”.

Cosa pensa dello spostamento dell’Umberto I di fronte al Pertini?

“Metterlo di fronte al Pertini e vicino al futuro Tiburtino, con al centro lo stadio della Roma, non mi sembra un’idea molto perseguibile, anche in funzione del fatto che dentro Roma si ridurrebbero le attività. Andrebbero studiate meglio queste ipotesi con un tavolo di regia tra professionisti, istituzioni e università”.

L’intervista

“Lo spostamento dell’Umberto I a Pietralata non mi sembra perseguibile
Va studiato meglio”



SANITÀ IN BASILICATA

POTENZA SCHETTINI, FIGLIO DI UN EX ASSESSORE, E QUELLE OMBRE SUI CONCORSI INTERNI

Ospedale San Carlo, “nomine fatte al bar” Parte il processo sulle carriere dei primari

» **Natascia Ronchetti**

Un concorso, per individuare il primario del reparto di Neonatologia, preceduto dall'amichevole incontro in un bar di Roma tra il direttore generale dell'ospedale, il capo del dipartimento materno-infantile e la futura vincitrice.

Un video che, nel gennaio del 2019, immortalava una festucchiata tra colleghi per raccontare quel retroscena, come se fosse una goliardata. E poi incarichi dirigenziali a dispetto delle norme e delle sentenze dei giudici.

È UN ESEMPIO di più di disinvoltata gestione della sanità quello che emerge dagli atti del processo in corso a Potenza contro otto tra medici ed ex dirigenti dell'ospedale San Carlo del capoluogo lucano, il più grande della regione. Tutti sono accusati di falso ideologico e abuso d'ufficio ai danni di un altro neonatologo, Giulio Strangiu.

Tra gli imputati, l'attuale direttrice del reparto di Neonato-

logia, Simona Pesce, e la vincitrice del concorso, Camilla Gizzi, oggi in servizio a Roma dopo tre anni da primaria al San Carlo. Pesce è la compagna proprio del direttore del dipartimento materno-infantile, il ginecologo Sergio Schettini. Un barone della medicina locale, così potente da essere riuscito a ricoverare in regime di lungodegenza - e nel suo reparto: Ginecologia - l'anziano padre Fernando Schettini, ex assessore regionale alla Sanità.

Il punto è che un anno dopo il concorso, avvenuto nel 2015, la direzione generale dell'ospedale ha nominato proprio la Pesce vicaria della neo primaria Gizzi, estromettendo Strangiu, a dispetto di titoli e punteggio in graduatoria. Quando quest'ultimo si rivolge al Tribunale del Lavoro, la direzione dell'ospedale invoca la prevalenza di un contratto basato su un rapporto fiduciario. Il giudice la pensa diversamente e annulla la nomina. Nonostante ciò la direzione generale tira diritto: contesta la sentenza e con un'unica delibera revoca l'incarico per poi riconfermarlo. Quando il video, realizzato nel gennaio del 2019, comincia a girare tra infermieri

e medici dell'ospedale, sollevando un bel po' di dubbi su quel concorso, la frittata è già fatta. Schettini è uno che a Potenza conta. Vanta (parole sue) anche una vecchia e solida amicizia con l'ex ministro della Salute Roberto Speranza. Le chiacchiere non lo scompongono. Perde le staffe solo quando il filmato esce dall'ospedale per essere pubblicato dalla testata online *Basilicata 24*, che lui querela per diffamazione. Inutile, perché il giudice per le indagini preliminari archivia: quanto affermato dai giornalisti corrisponde al vero.

Nel frattempo Strangiu ha presentato cinque denunce alla Procura della Repubblica. Dentro c'è di tutto, comprese anche altre nomine dirigenziali senza concorsi interni. Quelle cinque denunce confluiranno in un'unica inchiesta, con il decreto di rinvio a giudizio nel dicembre del 2022. Adesso parte il processo.

**IL PRESIDIO
OSPEDALIERO
LUCANO**

CON I SUOI 128mila metri quadri di estensione, i suoi 1900 dipendenti (di cui 400 medici e 1000 infermieri), i 50mila accessi di pronto soccorso l'anno e i 750 posti letto disponibili, l'ospedale San Carlo di Potenza è tra i più estesi del Mezzogiorno.



Sud Il San Carlo a Potenza ANSA



Sicilia, reclutati 100 medici da Paesi extraeuropei

Sono cento i medici stranieri reclutati ed immessi in servizio o in fase di immissione, da parte della Regione Siciliana in seguito all'avviso aperto, emanato dal dipartimento di Pianificazione strategica dell'assessorato della Salute, per sopperire alle carenze di personale del sistema sanitario siciliano. Il

fabbisogno rilevato dalle aziende è di 1.494 unità. «Aver già raggiunto in pochi mesi la quota di cento professionisti provenienti da paesi extraeuropei che hanno risposto alla nostra chiamata è sicuramente un ottimo risultato – dice il presidente della Regione, Renato Schifani -. Si tratta di personale con ottime professionalità ed elevate competenze

specialistiche. I medici vengono contrattualizzati e immessi in servizio dalle aziende sanitarie e ospedaliere alle quali vengono destinati e sono inseriti prevalentemente nei pronto soccorso, dopo una formazione linguistica.

