

**24 maggio 2024**

---

# **RASSEGNA STAMPA**



**ARIS**  
ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

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

ARIS



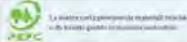
la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

il venerdì

Direttore Maurizio Molinari



Venerdì 24 maggio 2024

Oggi con il Venerdì

€ 2,50

Verso le urne

Europa, sotto accusa il patto Ursula-Meloni

Il punto

Incroci pericolosi tra le destre

di Stefano Folli

Una volta di più il presente s'intreccia col passato. Ed è un incrocio pericoloso se appena si fa un passo falso. a pagina 33

Il "Caso Italia" riesplode nell'Ue. La destra di Giorgia Meloni diventa il centro dello scontro in vista delle elezioni europee. E il discrimine per la nuova maggioranza di Bruxelles. La premier italiana è diventata l'esempio negativo additato da tutti i candidati tranne Ursula von der Leyen. Che, anzi, ha rilanciato l'idea di un'alleanza con Fratelli d'Italia.

di Lauria, Mastrobuoni e Tito alle pagine 6 e 7



Bruxelles Ursula von der Leyen con Giorgia Meloni

Diritti

Salis ai domiciliari pizza e birra dopo 466 giorni



di Carta, Giannoli e Ossino a pagina 20

"Chico Forti sembra un vip" rabbia nel carcere



di Enrico Ferro a pagina 21

L'INCHIESTA DI GENOVA

Toti, 8 ore davanti ai pm

Interrogatorio fiume del governatore, che non si dimette. L'autodifesa: "Mai preso un euro per me stesso" Intervista a Orlando: Liguria paralizzata, si a elezioni. Negli ultimi sondaggi si avvicinano Pd e FdI

Mattarella: rafforzare il Parlamento. Zuppi contro il premierato

Il commento

Sul voto il fattore corruzione

di Carmelo Lopapa

Giovanni Toti è un amministratore con i giorni contati, al più con una manciata di settimane. Se sarà ostinato, riuscirà a restare fino alle Europee. a pagina 33

Risponde alle domande di tre magistrati per otto ore il governatore della Liguria Giovanni Toti. Difende a spada tratta il suo "sistema" e rivendica di non avere mai preso un soldo per se stesso. Lo fa pure con una memoria che è un messaggio agli inquirenti, ma ancora prima al mondo politico italiano. Con il documento firmato di suo pugno, Toti di fatto fa capire che per ora non ha nessuna intenzione di fare un passo indietro.

di Filetto, Lignana, Preve e Vitale alle pagine 2 e 3



Pechino Uno schermo gigante trasmette le ultime notizie su Taiwan

Pechino nuove navi e aerei

La Cina assedia Taiwan "Esercitazione punitiva"

di Gianluca Modolo e Gianni Vernetti a pagina 18

Sport

Bergamo in festa una coppa che premia un ciclo



di Paolo Berizzi a pagina 42 Commento di Paolo Condò

Sorpresa Europei Spalletti riabilita Fagioli in azzurro



di Enrico Currò a pagina 44

MARINO NIOLA L'Italia dei MIRACOLI Storie di santi, magia e misteri

Sede: 00147 Roma, via Cristoforo Colombo, 90 Tel. 06/49821, Fax 06/49822923 - Sped. Abb. Post., Art. 1, Legge 46/04 del 27/02/2004 - Roma

Concessionaria di pubblicità: A. Manzoni & C. Milano - via F. Aporti, 8 - Tel. 02/574941, e-mail: pubblicita@almazoni.it

Prezzi di vendita all'ingrosso: Francia, Monaco P., Slovenia € 3,00 - Grecia € 3,50 - Croazia € 3,00 - Svizzera Italiana CHF 3,50 - Svizzera Francese e Tedesca CHF 4,00

con Una Storia in 5 minuti €7,49

CORRIERE DELLA SERA

KES

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

FONDATA NEL 1876

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

VALLEVERDE logo and brand name.

Il governatore Zaia «Polizza nazionale contro le alluvioni» di Marco Cremonesi a pagina 21

Mio marito Modugno «Compose Volare davanti a me» di Andrea Laffranchi a pagina 25

VALLEVERDE SOFTSYSTEM MADE IN ITALY logo and brand name.

La Cina e Taiwan L'INCUBO DEL TERZO FRONTE di Guido Santevecchi

A che cosa punta Xi Jinping con le manovre militari che accerchiano Taiwan? Un obiettivo politico è dichiarato dalla propaganda: punire il nuovo presidente William Lai Ching-te, che definisce «un traditore da inchiodare alla colonna dell'infamia». Il tono è più duro del passato, brutale, ma l'odio anche personale del Partito comunista verso Lai era noto.

Il comando cinese afferma che questa volta aerei, navi, forze da sbarco mobilitate stimolano la «presa di controllo del campo di battaglia», vale a dire l'invasione dell'isola. Che i generali di Pechino abbiano piani che vanno dal blocco navale all'attacco in grande stile è evidente: da quattro anni, ogni giorno e ogni notte la difesa di Taipei vede sfrecciare i jet con la stella rossa sempre più vicini alle sue coste, mentre la flotta cinese si esercita a tagliare le linee di soccorso. In realtà, Xi in queste ore sta agitando la scabiola della guerra di riunificazione per mostrarla agli Stati Uniti e agli alleati in Europa e nel Pacifico. In sostanza mette in scena lo spettro del Terzo fronte, dopo Ucraina e Medio Oriente. Una prospettiva che spera possa intimorire, dividere e paralizzare il campo occidentale.

Dagli Anni Settanta tutti i presidenti degli Stati Uniti si sono trincerati dietro la cosiddetta «ambiguità strategica»: invocano il mantenimento dello status quo, che è la separazione di fatto tra Pechino e Taipei, senza rivelare se rischierebbero le vite dei soldati americani per difendere l'isola lontana. continua a pagina 28

Interrogatorio fiume, 180 domande. Presentata una memoria difensiva. Tajani: dimettersi? Decide lui

Otto ore dai pm, Toti si difende

Il governatore respinge le accuse: ogni euro usato per l'interesse pubblico

di Giuseppe Guastella, Marco Imarisio e Andrea Pasqualetto

Otto ore di interrogatorio nella caserma della Guardia di finanza del porto di Genova. Centottanta domande, tante ne avevano preparate i pm, cui Giovanni Toti ha risposto punto su punto, depositando inoltre una memoria di 17 pagine. Uno solo il comune denominatore della difesa del governatore della Liguria: «Ho agito nell'interesse dei cittadini. Ogni euro preso è stato destinato alla politica, tutto è tracciabile, mai fatto pressioni e mai fatto favori». Sulle dimissioni, dice Tajani: «Deve decidere lui».

da pagina 2 a pagina 5



INTERROGATORIO DI GIOVANNI TOTI

VON DER LEYEN, ELOGIO ALLA PREMIER «Meloni un' europeista e con lei lavoro bene»

di Paola Di Caro

La sfida per Bruxelles, da von der Leyen l'apertura a Meloni: «È pro-Europa e con lei lavoro bene». Il no a Le Pen. alle pagine 8 e 9

MANFRED WEBER, PRESIDENTE DEL PPE «Afd è un partito nazista Salvini l'ha aiutato»

di Francesca Basso

Una nuova difesa e una economia più forte. Weber, il Ppe e l'Europa. «Afd: Un partito nazista e Salvini lo ha aiutato». a pagina 9

DOPO 15 MESI DI CARCERE Budapest, Salis è ai domiciliari «Primo passo verso l'Italia»



L'attivista Iliana Salis, 39 anni

di Giovanni Bianconi

Il braccialetto elettronico, la cauzione di 40 mila euro pagata e Iliana Salis, dopo 15 mesi di carcerazione, ieri ha lasciato la cella e ora si trova agli arresti domiciliari a Budapest. Il padre: «Un primo passo verso l'Italia». a pagina 6 Caccia

Federica Pellegrini Il padre ex para come modello, la maternità, il futuro



Federica Pellegrini, oggi 35enne, qui ritratta subito dopo il trionfo nella finale dei 100 stile libero al Foro Italico, nel 2019

«Io, il nuoto e il maschilismo Mi dissi: adesso devi vincere»

di Elvira Serra

Una finale da disputare e un ascensore da prendere. «Ma era pieno di allenatori italiani maschi che non mi fecero entrare. Dovetti fare otto piani di corsa e capii subito che avrei dovuto vincere anche per quello». Federica Pellegrini, la Divina, tra passato e futuro. a pagina 24

Il decreto La bozza oggi al Cdm Casa, le violazioni sanate fino al 5% di superficie in più

di Mario Sensini

Piano casa, in arrivo la sanatoria che consentirà di regolarizzare le violazioni edilizie fino al 5% della superficie per gli immobili fino a 100 metri quadrati. Il decreto sarà esaminato oggi in Cdm. Più grandi saranno gli stabili, meno sarà la tolleranza. a pagina 13 Meli

Napoli Scoperta la banda Trovato il manuale per le truffe agli anziani

di Rinaldo Frignani

«Pronto, sono il maresciallo...». Iniziarono così le truffe che una banda di napoletani metteva a segno contro gli anziani. Ritrovato il copione scritto per imparare a colpire. a pagina 22

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Questa ci mancava: un predicatore islamico che approfitta dell'università occupata da una frangia di studenti filopalestinesi per improvvisare una piccola moschea in corridoio e tenere un violento sermone politico travestito da preghiera. È successo a Torino, venerdì scorso, ma le immagini sono spuntate ieri e soltanto le immagini hanno ancora il potere di risvegliare le coscienze (per un nanosecondo, poi si torna a chattare). In Italia moltissime università ospitano una cappella. Se qualche studente desiderasse aggiungervi una moschea o una sinagoga, non avrei nulla da obiettare: la libertà di culto è principio fondante della democrazia, per quanto da laico preferirei che i templi della conoscenza rimanessero consacrati soltanto a essa. Ma

Abuso di predica



non è accettabile che, all'interno di un'istituzione pubblica, qualunque passante possa stendere delle stuoie dove gli garba per trasformarla in luogo di culto, senza chiedere il permesso ai responsabili di quell'istituzione. A maggior ragione se la preghiera abusiva diventa il pretesto per un complotto incendiario contro degli avversari politici, in questo caso «i sionisti». In un mondo adulto, quindi non governato dalle regole del fanatismo, gli stessi occupanti avrebbero dovuto scandalizzarsi per una simile appropriazione indebita. E molto probabilmente lo avrebbero fatto, se al posto dell'improvvisato imam Ibrahim Baya ci fossero stati un rabbino o un prete inneggiate alle Crociate.

Rimadesio advertisement featuring an image of a modern interior space.

## IL CALCIO

**Magia Atalanta e Bologna quei club poveri ma belli**

FABRIZIO BAVA



Se il calcio è spesso dominato da club con fatturati (e debiti) elevatissimi, Atalanta e Bologna hanno riscritto le regole. È la rinovata della classe media. - PAGINA 23

**La Juve più vicina a Motta e ricorre contro Ronaldo**

GIANLUCA ODDENINO



Tutto come da programma. Thiago Motta si è congedato dal Bologna e ora è libero di firmare con la Juventus per aprire il nuovo ciclo bianconero. - PAGINA 28



# LA STAMPA

VENEDÌ 24 MAGGIO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,79 € II ANNO 158 II N. 142 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)

GNN

L'INVITO DEGLI STUDENTI PRO GAZA A PALAZZO NUOVO. IL DISCORSO DIFFUSO SU YOUTUBE. PROTESTA LA COMUNITÀ EBRAICA

## Università, l'Imam attacca Israele

Torino, predica nell'ateneo occupato: "Furia genocida in Palestina". Di Segni: "Incita all'odio"

### IL COMMENTO

**Un incidente grave nel tempio della laicità**

ELENA LOEWENTHAL

Che la situazione sia sfuggita di mano è soltanto un pallido eufemismo, perché quanto è successo venerdì scorso entro i confini dell'Università di Torino è ben di più, ben di peggio. E che il rettore Geuna si schermisca con l'argomento che la sede è occupata, dunque al di fuori della sua giurisdizione, non aiuta. - PAGINA 22

### IL MEDIO ORIENTE

**Nuovo raid nella Striscia dei bambini**

FABIANA MAGRI

Bombardamenti dal cielo e da terra. Israele insiste su Rafah. Per le strade della città più meridionale della Striscia, Hamas e Tsahal ingaggiano scontri ravvicinati. I tank israeliani, dicono fonti locali ai media, continuano l'avanzata da Est a Ovest. Più di 800mila persone sono fuggite da Rafah. - PAGINA 4

### L'ASIA

**Perché adesso Taiwan torna nel mirino cinese**

GIORDANO STABILE

Lo sfoggio di forza militare da parte della Cina, subito dopo l'insediamento del leader taiwanese più indipendentista di sempre, ha riportato l'attenzione mondiale sul "terzo fronte", sempre pronto a esplodere. L'esibizione muscolare di Xi Jinping arriva a stretto giro dalla visita di Putin a Pechino, servita a resettare i rapporti fra le due potenze antagoniste dell'Occidente. - PAGINA 23 LAMPERTI - PAGINA 5



**E Bernini chiama il rettore: "Lei ora deve dissociarsi"**

FRANCESCA SCHIANCHI

«Prenda subito le distanze». La telefonata della ministra Anna Maria Bernini arriva a metà mattina. È furibonda, e pretende una presa di posizione dell'Università. Vuole un comunicato che si dissoci. E l'ottiene. - PAGINA 3

IL DECRETO "SALTA-FILA" DI SCHILLACI: PRESTAZIONI IN CLINICA PAGATE DALLO STATO

## Sanità, i privati smaltiranno le liste d'attesa

PAOLO RUSSO

Giorgia Meloni lo ha detto a chiare lettere a Schillaci: «Sull'abbattimento delle liste di attesa ci giochiamo un bel pezzo di consenso elettorale, per cui nel decreto legge del 3 giugno serve una disposizione chiara, che garantisca sempre e comunque la prestazione nei tempi dovuti». Detto fatto ed ecco spuntare nelle 25 pagine della bozza il rimborso "salta fila". La palla passa ai privati. - PAGINA 10

### LA SANATORIA

**Lavori più facili in casa Salvi i dehors post Covid**

LUCA MONTICELLI

Nella mini sanatoria sui piccoli interventi edili, entra anche il via libera ai dehors di bare ristoranti installati durante il Covid, che dunque potranno restare. Così dice l'ultima bozza del decreto. - PAGINA 11

### LA POLITICA

**Se Salvini fa il guru "Non capite la vita"**

FLAVIA PERINA

«Non avete capito niente della vita» dice Matteo Salvini agli (educatissimi) contestatori di Greenpeace che al Festival dell'Economia lo incalzano sull'emergenza clima. - PAGINA 12

### L'INCHIESTA

**Ecco la verità di Toti "Ho fatto solo politica" Ma Meloni ora pensa a elezioni anticipate**



CAPURSO, FAGANDINI, FREGATTI E INDICE

Lungo interrogatorio, ieri, per il presidente della Liguria Giovanni Toti. Ha risposto a tutte le domande e consegnato ai pubblici ministeri una memoria difensiva. - PAGINE 6 E 7

### VERSO IL VOTO

**Se i partiti spariscono dai social network**

RICCARDO LUNA

Potrei sbagliarmi, ovvero potrei essere finito nella "bolla" sbagliata, ma ho come l'impressione che la politica stia uscendo dai social network. Oppure, se c'è, sta diventando invisibile. Tra due settimane si vota per le europee e i social non mi hanno mostrato nulla di interessante. - PAGINA 23

### L'INTERVISTA

**Guerritore: "Io, la Rai e la deriva della destra"**

MICHELA TAMBURRINO



Il 24 maggio 1974 a Milano si respirava la primavera. Una splendida fanciulla, Monica Guerritore, stava per andare in scena. - PAGINA 19

**DENTAL FEEL**  
PROFESSIONISTI DEL BENESSERE DENTALE

IMPLANTOLOGIA | ORTODONZIA  
ODONTIATRIA GENERALE

[WWW.DENTALFEEL.IT](http://WWW.DENTALFEEL.IT)

### BUONGIORNO

Ebrahim Raisi - presidente della Repubblica islamica dell'Iran, morto domenica insieme ad altri sei in un incidente d'elicottero, detto il macellaio di Teheran poiché ha decretato l'esecuzione di decine di migliaia di oppositori, comprese le ragazze esauste del velo, della sottomissione violenta al maschio, della sharia, e perciò vengono arrestate, torturate, stuprate, uccise - è stato sepolto ieri nella città natale di Mashhad. Al funerale c'era il capo dell'ufficio politico di Hamas, Ismail Haniyeh, che ha avuto un'interessante conversazione con la Guida Suprema della Repubblica islamica, l'ayatollah Ali Khamenei, successore di Ruhollah Khomeini. Il 7 ottobre, hanno convenuto i due, è stato il giorno glorioso del colpo inferto al cuore del regime sionista, e l'amicizia fra i due popoli (a nome dei

### Cronachetta desolata

MATTIA FELTRI

quali la coppia parla con vasto arbitrio) resterà tesa all'annientamento dello Stato di Israele, finché la Palestina non si estenderà dal fiume al mare e la bandiera della vittoria non sarà innalzata sulla moschea di Al-Aqsa a Gerusalemme. Per la scomparsa di Raisi, in questi giorni sono giunti messaggi di cordoglio, più o meno trattenuto, dalle autorità politiche e religiose di tutto il mondo. Poiché sui giornali ha avuto poco o nessun rilievo, va segnalato quello del Papa a Khamenei: «... affidando le anime dei defunti alla misericordia dell'Onnipotente e con le preghiere per coloro che piangono la loro perdita, soprattutto le loro famiglie, invio l'assicurazione della vicinanza spirituale alla nazione in questo momento difficile. Intanto chi in Iran osa gioire per la morte del macellaio finisce in carcere.

[www.frattini.it](http://www.frattini.it)

**F**

**Frattini**  
RUBINETTI DAL 1958





Venerdì 24 maggio 2024 ANNO LVIII n° 123 1,50 € Beata Vergine Maria Ausiliatrice

# Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



## Editoriale

### Clima, gli investimenti da fare insieme

#### TRANSIZIONE SFIDA EUROPEA

LEONARDO BECCHETTI

Sulla transizione ecologica ci sono una bella e una brutta notizia. La prima deriva dall'osservare che le dinamiche di mercato spingono in quella direzione molto più di quanto noi ci accorgiamo. La brutta notizia è che abbiamo ormai superato l'obiettivo di restare sotto l'aumento di 1,5 gradi di temperatura entro il 2030 (in Europa siamo a più 2,5 gradi). Il riscaldamento globale corre, dobbiamo fare presto. Ma torniamo al primo punto. Immaginate di essere su una pista di atletica 5 metri avanti al campione olimpico Marcel Jacobs in una gara appena iniziata. Per chi fotografasse solo l'asfalto, il contenuto informativo che si estrae è quello di essere in vantaggio. L'informazione corretta per chi ha un minimo di conoscenza delle forze in campo e delle dinamiche in atto (velocità, trend...) è che Jacobs arriverà per primo al traguardo. La transizione si gioca su alcuni fronti fondamentali - fonti di produzione di energia, mobilità, case, sistema produttivo - per i quali, in larga parte, gli esiti sono già prevedibili. Il dibattito sull'auto elettrica che si è sviluppato in questi mesi si gioca ad esempio sul vizio di prospettiva cui accennavamo. Gli scettici quotano la situazione del momento: il conto con motore a scoppio costano meno delle elettriche. Chi conosce il settore è consapevole invece di quanto il pareggio sia vicino. L'ultimo rapporto Gardner lo vede già nel 2027, dopo di che le auto elettriche saranno meno costose di quelle con motore a scoppio. Il caso delle dinamiche dei prezzi dell'auto fa comprendere come a favore della transizione ecologica steno oggi in campo potenti forze di mercato e di progresso tecnologico.

continua a pagina 22

## Editoriale

### Gli europei con i sandali a Kiev

#### CORPI DI PACE PER L'UCRAINA

VISVALDAS KUBOLKAS ANGELO MORETTI

L'11 luglio è un giorno doppiamente simbolico per l'Unione Europea. Per la comunità cristiana è la memoria del Santo che gli europei hanno eletto a loro patrono, San Benedetto, noto al mondo intero per l'equilibrio profondo di una regola semplice: ora et labora, prega e lavora. l'equivalente di "prega e ama". Per la comunità politica sono i giorni della memoria collettiva di una strage avvenuta nel cuore del Vecchio continente sotto gli occhi impotenti di mamme, mogli, figlie e militari Omu: la strage di Srebrenica, la mattanza di 8.000 uomini bosgnardi, bambini, ragazzi e adulti, iniziata l'11 luglio 1995 e conclusasi il 22 luglio, ad opera del generale serbo Mladic. Fu proprio per la vergogna e la paura di ciò che stava accadendo nei Balcani, nel silenzio assordante della comunità internazionale, che un giovane politico ecologista, Alex Langer, gridò al mondo intero che l'Europa sarebbe morta o rinata a Sarajevo, chiedendo l'istituzione dei Corpi Civili di Pace al fine di sanare quelle ferite sanguinanti. Trent'anni dopo l'Europa è di nuovo sconvolta da esecidi e mattanze: intere città ucraine sono prese di assalto da una potenza militare straniera, gli uomini stanno morendo a migliaia nella resistenza, le donne stanno lottando come possono per mandare avanti la vita quotidiana sotto le sirene costanti degli allarmi aereo, i bambini ed i ragazzi convivono con la guerra. A Bucha, Irpin, Borodjanka, Mariupol, Izjum, Odesa, Karkiv si ripete la tragedia di Srebrenica da 818 giorni.

continua a pagina 22

IL FATTO Il Papa ha autorizzato la promulgazione dei decreti per le "cause" anche di 8 francescani martiri

## Santità all'italiana

Il giovane Carlo Acutis e il fondatore delle missioni della Consolata don Allamano presto canonizzati. Sarà beato don Merlini e venerabile il fisico e politico Enrico Medi



Gli alunni della paritaria "Santo Giuseppe Artale" a Ceccano

La Chiesa si arricchisce di 13 nuovi santi, tre beati e quattro venerabili. Tra i nuovi santi anche due italiani: Carlo Acutis, il giovane milanese morto a soli 15 anni, e don Giuseppe Allamano, fondatore dei missionari della Consolata. Un italiano, don Giovanni Merlini diventa beato, mentre sono riconosciute le virtù eroiche del fisico e politico Enrico Medi, e di padre Guglielmo Gattiani. «Siamo davanti a un esempio di genio italiano» commenta il cardinale Marcello Semerari.

Principali a pagina 2-3

RIFORME  
Zuppi avverte: il premierato non sia scelta di una parte

Muolo a pagina 6

SCUOLA Dopo 156 anni cessa l'attività a Ceccano

## Senza bimbi né fondi chiude la paritaria

PAOLO FERRARO

L'inverno demografico e la burocrazia statale fanno un'altra vittima: con la fine delle lezioni, fra una ventina di giorni, terminerà anche la problematica storia della scuola primaria paritaria "Santa Giovanna Artale" di Ceccano, borgo medievale in provincia di Frosinone. Fondata nel 1968, la scuola non riaprirà a settembre per non aver raggiunto il numero minimo di bambini per formare la prima classe e per un credito di 180mila euro vanitati nei confronti dello Stato e non incassato.

Servizio a pagina 10

INTERVISTA Il leader leghista chiede unità al centrodestra per una svolta nella Ue

## Salvini: serve meno Europa E non sosterremo Draghi

MARCO IASEVOLI

Nel giorno della "cacciata" dell'ultradestra tedesca di AfD dal gruppo europeo degli Identitari (chiesta da Le Pen), il leader della Lega sollecita gli allineati a comportarsi perché «con questa sinistra la Ue non può cambiare. La svolta green è ragionevole solo se graduale. L'Unione deve puntare all'essenziale. De Gasperi non lottò per avere la carne sintetica. Vannacci? È un candidato come gli altri».

L'intervista a pagina 5



Matteo Salvini

GENOVA

Interrogatorio Toti risponde e respinge tutte le accuse

Paolini a pagina 7

GRAN BRETAGNA

## Migranti in Ruanda Sunak si arrende

Napoletano a pagina 19



BOMBE SU GAZA

Oggi all'Aja il verdetto sul cessate il fuoco

Gerolamo e Scavo a pagina 4

COMMISSIONI ASILO

Funzionari Viminale ancora in sciopero

Spagnolo a pagina 8

Dio fra le righe  
Lorenzo Fazzini

## L'epifania in una scarpa

A volte, dentro il male del mondo, brilla la bellezza del bene. Indomita e gratuita. Come un'epifania del divino. Gli scrittori sanno ridarci quel senso di stupore che a volte, per disabitudine, non percepiamo più. Marek Simek, uno degli scrittori più importanti oggi in Repubblica Ceca, fa questo in un bellissimo romanzo, *La fatica dei materiali* (Keller), in cui viene raccontata una storia di immigrazione. Il giovane protagonista Amic, nella sua peregrinazione, si ritrova in una casa abbandonata insieme a uno sconosciuto. «Dopo un po' l'uomo si alzò. Con la schiena ricurva si trasciò verso la scala e scese nello scantinato. Alla fine,

l'uomo tornò, si sedette davanti al fuoco e gli porse una scarpa. Il ragazzo lo guardò sorpreso. Gli aveva portato una scarpa! Il ragazzo alzò lo sguardo stupefatto verso l'uomo, che si limitò ad avvicinarsi alla scarpa ancora un po'. Alla fine, la guardò: un pezzo sudicio di pelle scropolata e gomma lisa. I lacci logori pendevano flosci. Una scarpa goffesca, gettata via da chissà quanto, la cosa più inutile del mondo. Gli occhi del ragazzo si inondarono di lacrime, non riusciva a fermarsi, girò la testa perché l'uomo non lo vedesse. Si infilò maldestramente la scarpa. Gli stava piccola, ma entrava. Affondò il viso tra le ginocchia, le cinte con le braccia, si appoggiò lievemente al muro, e non riusciva a smettere di piangere». La bellezza del dono dentro una scarpa.



ARTE  
Avanguardie, il tesoro riscoperto nei depositi dei Paesi ex sovietici

Cocchetti a pagina 1



TELEVISIONE  
In un documentario inedito l'immaginario di Cartier-Bresson

Castellani a pagina V

### GIORNATA MONDIALE DEI BAMBINI ROMA 2024

#### PAPA FRANCESCO TI ASPETTA!

SABATO 25 MAGGIO  
Giulia Chionetti - Roma - Ore 18.00  
Papa Carlo (Carlo), Beato Don Albino e Don Paolo, The Voice Kids, Carabinieri, Napoli - Cristiano Bernabè, Boris - Alex de Paris, C'è! - Roberto Galati - 08/05/2024

DOMENICA 26 MAGGIO  
Piazza San Pietro - Omb del Vaticano - Ore 10.00  
L'ora del Bambino

IL DECRETO "SALTA-FILA" DI SCHILLACI: PRESTAZIONI IN CLINICA PAGATE DALLO STATO

## Sanità, i privati smaltiranno le liste d'attesa

PAOLO RUSSO

Giorgia Meloni lo ha detto a chiare lettere a Schillaci: «Sull'abbattimento delle liste di attesa ci giochiamo un bel pezzo di consenso elettorale, per cui nel decreto legge del 3 giugno serve una disposizione chiara, che garantisca sempre e comunque la prestazione nei

tempi dovuti». Detto fatto ed ecco spuntare nelle 25 pagine della bozza il rimborso "salta fila". La palla passa ai privati. - PAGINA 10

Schillaci lancia la norma "salta-fila". Meloni: su questo ci giochiamo il consenso elettorale. I cittadini saranno risarciti quando lo Stato non riuscirà a garantire il servizio pubblico

# Tagli alle liste d'attesa Rimborsi per le visite effettuate nel privato

### IL CASO

PAOLO RUSSO  
ROMA

**G**iorgia Meloni a Schillaci lo ha detto a chiare lettere: «sull'abbattimento delle liste di attesa ci giochiamo un bel pezzo di consenso elettorale, per cui nel decreto legge del 3 giugno serve una disposizione chiara, che garantisca sempre e comunque la prestazione nei tempi dovuti». Detto fatto ed ecco spuntare nelle 25 pagine della bozza il rimborso "salta fila", che consentirà al cittadino di ottenere automaticamente dal privato quello che il pubblico non riesce ad assicurargli nei tempi massimi previsti per legge. Che sono poi 72 ore per i casi urgenti, 10 giorni per le prestazioni da garantire in tempi brevi, 30 giorni per le visite e 60 per gli accertamenti diagnostici differibili, 120 giorni per quelle differibili. Tempi spesso non rispettati, costringendo i cittadini a pagare così tasca

propria il privato, nonostante un decreto legislativo del lontano 1998 avesse stabilito che in caso di mancato rispetto dei

tempi massimi di attesa l'assistito "può chiedere" che la prestazione venga fornita dalla Asl in regime di libera professione intramuraria. Una norma rimasta inapplicata perché mai pubblicizzata e per il muro alzato dalla stesse Asl, che non forniscono né moduli né informazioni su come ottenere il rimborso. Ora il decreto legge stabilirà invece il principio che qualora i tempi di attesa sforino le soglie in automatico l'assistito possa accedere al privato convenzionato, ma in regime di libera professione. Come avverrà il rimborso di medici e strutture private lo stabilirà un successivo decreto ministeriale. Ma potrebbe essere il Cup, che appurata l'impossibilità di prenotare la prestazione nei tempi leciti, indirizza direttamente il paziente presso

l'ambulatorio medico privato dell'ospedale oppure, nel caso di analisi e accertamenti diagnostici, in strutture private convenzionate, ma negli spazi riservati a chi è solvente e per questo non fa la fila.

«Nel decreto cercheremo di garantire che quando una per-

sona ha bisogno di fare un esame le venga data la possibilità di farlo nei tempi giusti», ha sintetizzato ieri Schillaci al Festival di Trento.

Certo è che l'operazione rischia di far lievitare non di poco la spesa, perché un conto è la tariffa low cost di una tac o di una risonanza rimborsata dalle regioni, un'altra quella richiesta al cittadino che ottiene la prestazione in modalità sol-



vente. Ma i tecnici del ministero della Salute sono convinti che il ristoro "automatico" spingerà le Asl a darsi una mossa nel tagliare i tempi di attesa, che a parere degli uomini di Schillaci dipendono più da cattiva organizzazione e programmazione che non da carenza di risorse. Anche se stabilito il nuovo percorso salta-fila il decreto metterà sul piatto più soldi, sia per il privato convenzionato, aumentando di nuovo il tetto di spesa dopo i 360 milioni in più previsti in manovra, mentre i medici e gli altri operatori sanitari vedranno aumentare la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive erogate per abbattere le liste di attesa. Tariffe che erano già state portate dalla Finanziaria 2024 a 100 euro per i medici e 60 per tecnici sanitari e infermieri.

Il Piano Schillaci anti liste di attesa però non si ferma qui. Prima di tutto verrà avviato un monitoraggio per capire la reale dimensione del fenomeno, visto che fino ad oggi a rilevarlo sono state solo inchieste giornalistiche e segnalazioni degli utenti. Poi verranno unificate tanto le agende del pubblico che quelle del privato, impedendo a quest'ultimo di gestire in proprio parte degli appuntamenti. Così come sarà tassativamente vietato chiudere le agende rinviando sine die l'appuntamento. Attenzione anche a non prenotare e non presentarsi, perché il Cup chiamerà due giorni prima la data prefissata per chiedere conferma e nel caso poi non ci si presenti la Asl chiederà il rimborso integrale della prestazione.

Ma il ministro e i suoi tecnici sono convinti che ad alimentare le liste di attesa ci sia anche un certo eccesso di prescrizioni. Magari elargite dai medici per proteggersi da qualche futura causa temeraria. Così grazie a specifici motori di ricerca e a un codice identificativo della ricetta (l'ICD9) spetterà all'Agenas scovare i dottori dalla penna un po' troppo scorrevole, lanciando l'allert alla Regione. Una previsione che già fa storcere il naso ai camici bianchi. —

## 72

Le ore massime in cui il servizio pubblico deve essere fornito per i casi urgenti

## 30

I giorni massimi in cui il servizio sanitario va erogato per le visite mediche



Tempi e costi  
Per i cittadini italiani non è più scontato disporre dei servizi della Sanità pubblica



# Liste d'attesa da tagliare: esami anche dai privati e monitoraggio dei tempi

► Il decreto pronto per il Cdm del 3 giugno: visite nelle strutture convenzionate ► Il ministro Schillaci: «Sbagliato essere contrari solo per ragioni ideologiche»

## IL PROVVEDIMENTO

**ROMA** Se gli ospedali pubblici non riescono a dare risposte per esami e visite specialistiche in tempi accettabili, il cittadino potrà rivolgersi alle strutture private convenzionate. Il decreto sulla rivoluzione delle liste di attesa è pronto e il 3 giugno arriverà al consiglio dei ministri. Non solo: entro la fine dell'anno sarà ridotto e poi rimosso il tetto sulle assunzioni in sanità.

Ma partiamo dal decreto sulle liste di attesa: come prevede di affrontare il grande male della sanità italiana? Alcuni flash: sarà creata una centrale di monitoraggio per avere in tempo reale, Regione per Regione, i dati sulle attese per ogni prestazione sanitaria (analisi, esami e visite specialistiche) in modo da capire dove sono troppo lunghe e intervenire. Oggi nessuno conosce questi dati. Poi viene introdotta la possibilità di acquisire la prestazione dal personale interno, chiedendole ai medici degli ospedali (intramoenia), prolungando dunque l'orario dei servizi anche nelle ore serali e nei fine settimana.

## LE RISORSE

In alternativa, viene previsto il ricorso alla sanità privata convenzionata: potrà offrire una maggiore gamma di prestazioni e coprire le lacune del sistema pubblico. Ha spiegato ieri il ministro della Salute, Orazio Schillaci, nel corso del suo intervento

al Festival dell'Economia di Trento: «C'è qualcuno che ideologicamente vede il privato accreditato come il nemico. Ma il privato accreditato è pubblico. L'idea è quella di mettere insieme nei Cup (centri unici di prenotazione) regionali le prestazioni pubbliche e quelle del privato. Quando una persona ha bisogno di fare un esame, vanno rispettati i tempi giusti: per questo le Regioni potranno rivolgersi al privato convenzionato». Allo stesso modo le Regioni potranno acquistare prestazioni in intramoenia: «Stiamo valutando varie possibilità». Decisivo sarà il varo di centrali di prenotazione realmente complete, in cui i cittadini possano trovare un ventaglio di offerta di esami e visite che comprenda tutta l'offerta sia delle strutture pubbliche, sia delle private convenzionate.

## SVOLTA

Schillaci: «C'è una legge, purtroppo ampiamente disapplicata, che vieta in maniera categorica di chiudere le agende delle prenotazioni. Questa norma va rispettata». La tesi del ministro: sarà una riforma strutturale. Senza più medici e infermieri però ogni ricetta sarà inutile. Il ministro ha ricordato: «C'è un confronto con il Mef, vogliamo rivedere il tetto di spesa sulle assunzioni che esiste da oltre vent'anni. Avremo un allentamento entro l'anno per poi andare all'abolizione del tetto definitiva perché è fondamentale avere forze nuove, nuovi professionisti nel sistema sanitario nazionale».

Infine, ci saranno azioni di sensibilizzazione contro le prescrizioni inappropriate tenendo conto che, secondo alcuni studi, almeno il 20 per cento di analisi e esami che i medici richiedono per i propri pazienti sono inutili e vanno ad allungare l'elenco delle richieste. E alle Regioni sarà data la possibilità di verificare l'operato dei manager delle Asl e rimuoverli se non raggiungono gli obiettivi dei tagli delle liste di attesa. Va anche ricordato che sul tema dell'inappropriatezza si sta lavorando su un altro fronte. I medici, a volte, prescrivono esami o visite specialistiche per cautelarsi in caso di denunce da parte dei pazienti (o dei loro familiari) che ritengono di non essere stati curati in modo adeguato. Per questo motivo il Ministero della Giustizia aveva insediato una Commissione per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica che sta completando i lavori proprio in questi giorni. È presieduta dal magistrato Adelchi D'Ippolito che ha avuto due compiti: «Esplorare l'attuale quadro normativo e giurisprudenziale in cui si iscrive la responsabilità colposa sanitaria



per discuterne i limiti e le criticità e proporre un dibattito in materia di possibili prospettive di riforma; proporre un'approfondita riflessione e un accurato studio sul tema della colpa professionale medica ai fini di ogni utile successivo e ponderato intervento, anche normativo».

**Mauro Evangelisti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**UNA CENTRALE TERRÀ  
SOTTO CONTROLLO  
I DATI SULLE ATTESE  
IN OGNI REGIONE  
PER INDIVIDUARE  
DOVE INTERVENIRE**

## 130

Sono i miliardi di euro di spesa pubblica in Italia per la sanità (dato 2022). Il dato è cresciuto del 3% rispetto al 2021

## 4,5 mln

Sono gli italiani che rinunciano a curarsi per ragioni economiche ma anche per effetto delle lunghe liste d'attesa

## 90%

Secondo un'indagine (Altroconsumo) su 1.100 cittadini intervistati, 950 hanno avuto problemi nel prenotare esami o visite



Tra le misure allo studio, anche l'istituzione di un Cup unico



# Schillaci: «Liste d'attesa lunghe? Garantiremo le cure nei tempi»

**Il decreto.** In arrivo le misure anti code: se l'ospedale non ce la fa prestazioni dal privato o in intramoenia Sarà attivata una piattaforma con le attese in tempo reale e allentato il tetto di spesa sulle assunzioni

**Marzio Bartoloni**

«**C**hi ha bisogno di fare una risonanza magnetica entro 30 giorni la potrà fare nell'ospedale pubblico o nel privato convenzionato e stiamo valutando anche la possibilità di fargliela fare se necessario ricorrendo all'intramoenia». Il ministro della Salute Orazio Schillaci dal Festival dell'Economia di Trento ribadisce che è pronto «a metterci la faccia» sulle liste d'attesa, il nemico numero uno dei pazienti italiani che in 3 milioni rinunciano a curarsi proprio perché le code per una visita o un esame sono troppo lunghe.

Nel «decreto Schillaci» atteso in consiglio dei ministri il prossimo 3 giugno che assomiglia sempre più a una ambiziosa mini riforma della Sanità si lavora infatti a uno strumento che consenta al cittadino quando chiama il Cup di ottenere sempre «nei tempi giusti» la prestazione di cui ha bisogno. «L'aspetto più importante che cercheremo di ottenere con questo decreto legge è che quando una persona ha bisogno di fare un esame le venga data la possibilità di farlo nei tempi previsti per quella che è la sua patologia», conferma il ministro. In pratica al paziente nel caso l'ospedale fosse in m"overbooking" e non in grado di assicurare i tempi previsti in base all'urgenza della prestazione (normalmente indicata nella ricetta del medico) sarà data la possibilità di ottenere la prestazione

dal privato convenzionato (gratis o dietro il pagamento di un ticket). Si studia anche la possibilità che l'Asl paghi l'intramoenia al paziente per la visita o l'esame diagnostico, ma oltre al nodo della copertura economica - su cui si lavora in questi giorni con il ministero dell'Economia per questo e altre misure del decreto - ci sono da superare dettagli tecnici non di poco conto (a partire da quali tariffe pagare ai medici).

Di sicuro ci sarà invece l'attivazione di una piattaforma on line - che sarà messa a regime dall'Agenas insieme alle Regioni - per «monitorare in tempo reale la situazione delle prestazioni con le relative liste d'attesa regione per regione» e per tipologia di prestazione, perché oggi manca in effetti un fotografia reale e ufficiale della situazione (sono le associazioni dei pazienti a stimare i tempi). Un altro punto ormai assodato del decreto sarà poi l'unificazione delle agende delle prenotazioni del pubblico e del privato accreditato - oggi effettiva solo in alcune Regioni - verso cui il Cup smisterà il paziente in base alle disponibilità: «Il problema delle liste d'attesa è quello di sapere veramente quanto manca e allora io sono convinto che razionalizzando e mettendo bene insieme le agende, i tempi caleranno sensibilmente». Con il divieto assoluto poi di «chiuderle» le agende cioè informare il cittadino che in quel momento non si può prenotare la prestazione: «È illegittimo, vigileremo che nessuno lo faccia più». Tra l'altro il decreto - dopo un primo rialzo già previsto nell'ultima mano-

va di bilancio - punta ad alzare ancora il tetto di spesa per il ricorso del Servizio sanitario all'acquisto di prestazioni dal privato accreditato: «C'è qualcuno che ideologicamente vede il privato accreditato come il nemico - sottolinea ancora Schillaci - il privato accreditato è pubblico. I cittadini se vanno in un ospedale privato accreditato, se vanno nel pubblico, spesso neanche lo sanno. L'importante è che, se un cittadino fa una prestazione la faccia con il ticket o se esente non pagandolo, e la faccia in una struttura di alta qualità».

Quello del tetto ai privati non è l'unico tetto che il ministro vuole toccare in questo provvedimento sulle liste d'attesa voluto fortemente anche dalla stessa premier Giorgia Meloni. Dopo 20 anni Schillaci - che già dal «primo giorno» del suo insediamento l'ha messo nel mirino - punta infatti a ritoccare anche l'odiato tetto di spesa sulle assunzioni di medici e infermieri (non si può spendere più di quanto fatto nel 2004 tolto l'1,4%): nel decreto ci sarà un primo «allentamento», ma l'obiettivo è quello di arrivare entro la fine dell'anno in manovra al suo definitivo superamento: «Questo è il progetto: ci stiamo lavorando con il Mef da quasi due anni. Se vogliamo fare più esami e più terapie abbiamo bisogno di avere più personale».

L'incontro di Trento di ieri - dal titolo evocativo «Perché il Servizio sanitario nazionale va difeso» - è stata l'occasione per il ministro per ribadire che «nessuno lo vuole smontare o andare verso il privato, io stesso ho

solo lavorato in quello pubblico. Nessuno mi ha chiesto di smantellare il Ssn». E alla segretaria del Pd Elly Schlein che ha presentato un disegno di legge per vincolare il finanziamento del Ssn al 7,5% del Pil Schillaci risponde: «Io ho fatto crescere il Fondo alla quota record di 134 miliardi, perché quando governavano loro invece di tagliare non hanno aumentato i fondi come chiedono oggi?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Unificheremo le agende di pubblico e privato accreditato che qualcuno ideologicamente vede come il nemico

## 3 milioni Rinunciano a cure

**La colpa sono le liste d'attesa**

Nel 2023 secondo l'Istat 4,5 milioni di italiani hanno rinunciato a cure, 3 milioni per le attese



**Il dialogo sul futuro del Ssn.** Da sinistra Marzio Bartoloni e il ministro della Salute Orazio Schillaci



23 mag  
2024

DAL GOVERNO

S  
24

## Schillaci: piattaforma per monitorare in tempo reale le liste d'attesa, il privato accreditato non è nemico

di Red. San.

**“Il mio bilancio dopo un anno e mezzo da ministro della Salute è senz’altro positivo, anche se non tutti sono d’accordo con me. Considero un risultato importante aver rimesso la sanità al centro del discorso politico: ho trovato una situazione a macchia di leopardo, in chiaro e scuro, ma il Sistema sanitario nazionale è senz’altro una nostra eccellenza grazie soprattutto alla enorme professionalità dei nostri operatori. Posso garantire che nessuno mi ha chiesto di smantellare il Ssn per dirottare le risorse verso il privato”. Lo ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, intervenendo al Festival dell’Economia che si è aperto oggi a Trento.**



**Al lavoro su piattaforma per monitoraggio in tempo reale  
Una piattaforma per “monitorare in tempo reale la situazione delle prestazioni con le relative liste d’attesa regione per regione”. È una delle misure che il ministro ha annunciato come prioritarie all’interno del decreto legge su cui sta lavorando il governo e che dovrebbe vedere la luce in uno dei prossimi Consigli dei ministri, forse già in quello programmato per il 3 giugno. “Il problema delle liste d’attesa è quello più difficile da affrontare per i cittadini - ha detto Schillaci -. Io avrei potuto cavarmela**

**rinviano il problema alle Regioni, ma ho deciso di metterci la faccia, perché credo che non ci si possa sottrarre di fronte a quelli che sono i veri bisogni dei cittadini”. L’idea su cui sta lavorando il ministro è quella ”di una piattaforma fatta insieme alle Regioni perché credo che non ci si possa sottrarre di fronte a quelli che sono i veri bisogni dei cittadini”.**

**“Privato accreditato non è nemico, unendo agende meno attese”**

Altro punto chiave per il ministro ”è quello di mettere insieme nei Cup regionali insieme le prestazioni pubbliche e quelle del privato”. ”Il privato accreditato - ha rimarcato il ministro - non è il nemico, come qualcuno vuole far pensare”. L’idea sarebbe quella di indirizzare i cittadini che si rivolgono al Cup per ottenere una prestazione indifferentemente nel pubblico o nel privato accreditato a seconda delle disponibilità, cosa che oggi ancora non avviene. ”Tranne in qualche regione che lo ha messo in atto perché è più di un anno che io lo suggerisco”, ha specificato il ministro. ”Io sono davvero convinto che mettendo insieme le agende i tempi delle liste d’attesa caleranno sensibilmente”. L’altro aspetto sottolineato dal ministro è l’applicazione rigorosa delle legge (”ora spesso disapplicata”) che vieta di chiudere le agende. ”Le agende delle prenotazioni non vanno chiuse” anche a fronte di erogazione delle prestazioni prevista a tempi giudicati troppo lunghi. ”La legge lo vieta categoricamente e noi vigileremo perché non accada più”.

**Dialogo con Mef per abolire tetto spesa personale**

**Il personale sanitario, infine. “Stiamo lavorando per togliere il tetto di spesa sul personale sanitario e abolirlo ha detto Schillaci -. Ci stiamo lavorando con il Mef da quasi due anni, è chiaro che il Mef è sempre preoccupato dai conti pubblici, ma è una misura di 20 anni fa, oggi il mondo è cambiato: abbiamo il turnover bloccato, con tanti giovani medici che non riescono a entrare nel pubblico”. Tra le possibilità allo studio del governo potrebbe esserci inoltre anche quella anche di coinvolgere le prestazioni ”intramoenia” per alleggerire anche le liste d’attesa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**POLITICA L'INTERVENTO**

# Troppi soldi ai privati Sanità in crisi

**Il depauperamento  
del Ssn viene  
da lontano.  
La controriforma  
del 1992, cui la  
sinistra non si è mai  
veramente opposta.  
Così oggi la spesa  
pubblica va a  
finanziare le aziende**

**GIUSEPPE GRAZIANO\* e EDOARDO TURI\*\***

**L**a vicenda dell'Ospedale San Gerardo di Monza raccontata da L'Espresso il 17 maggio ricorda altre storie, inerenti il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e la sanità privata convenzionata e conferma osservazioni che facciamo da tempo. Il pensiero unico di università pubbliche e private, fondazioni e associazioni datoriali, sindacali e politico-sociali e interessi economici che orientano le scelte di governi nazionali e regionali in Sanità, tende ad occultarle e favorisce, per materie complesse come salute e sanità, un diffuso analfabetismo, alimentato anche dai social network. Il Ssn è infatti in crisi per ragioni che non vanno ignorate.

La legge 833/78 istituì il Ssn nascendo dai quei decenni '60-'70 di lotte sociali e politiche, determinate anche da ricostruzione nel dopoguerra, boom economico e una tardiva rivoluzione industriale che ha cambiato l'Italia. Fabbriche, università, scuole, quartieri posero temi inediti per la sanità ferma a mutue, medico provinciale e condotto e un ministero della Sanità, nato solo nel 1958 da una costola del ministero dell'Interno (per l'Italia la sanità era un problema di ordine pubblico), con il retaggio sabaudico-fascista in un

Paese in trasformazione. Inquinamento da attività industriali e agricoltura, prevenzione in ambienti di vita e lavoro, salute della donna, ruolo dei medici: questi i temi sul tappeto. La legge, fortemente voluta da organizzazioni sindacali e sinistra, aveva molti nemici anche tra coloro che poi la votarono in Parlamento, che non volevano abbandonare il precedente sistema assicurativo "mutualistico-autoritario" che gestivano, fonte di prebende e voti, anche se era in dissesto finanziario. Un modello Bismarck, dal nome del cancelliere della Prussia guglielmina che nella seconda metà dell'800 introdusse i primi fondamenti di Stato sociale, per difendere il potere delle classi dominanti dal nascente movimento operaio oggetto solo di repressione. Il Ssn attuava l'articolo 32 della Costituzione, introducendo un sistema Beveridge, fondato sul diritto alla salute e un servizio universale basato sulla fiscalità generale, come il National Health Service, che la Gran Bretagna laburista aveva già introdotto nel 1946. La



legge venne però approvata con il governo di "unità nazionale" Andreotti, cui il Pci diede la fiducia dopo il rapimento di Moro. Lo stesso anno vennero approvate le L.n.180/78 (chiusura dei manicomi) e n.194/1978 (maternità responsabile e interruzione volontaria di gravidanza). Conquiste, ma anche contentini alla sinistra governativa con qualche compromesso e alcune "bombe a orologeria", esplose più tardi: convenzioni con medici di famiglia e privati, obiettori all'aborto.

Sotto l'influenza delle teorie neoliberaliste la 833/78 venne cambiata dopo solo tredici anni (pochi per una norma di tale peso) dal Decreto 502/1992 del ministro della Sanità De Lorenzo, poi arrestato in Tangentopoli, del Partito Liberale Italiano, unico che aveva votato contro la Riforma sanitaria: una rivincita dei nemici della Riforma presenti nei vari partiti che l'avevano votata. Favorirono tali modifiche anche l'aumento della speranza di vita della popolazione per migliori condizioni sociali con progressiva riduzione di malattie infettive ma aumento di patologie cronico-degenerative (cardiovascolari, diabete, tumori) per inquinamento, lavoro, consumismo, stili di vita, che la politica non aveva previsto, ma che, con gli ultimi anni di vita, aumentavano la spesa sanitaria (ricoveri, diagnostica, terapia). Più episodi di

corruzione, con un clima contro il pubblico. Simboli della "controriforma": la regionalizzazione che con la modifica del titolo V della Costituzione (governi D'Alema e Amato), porta a autonomia regionale differenziata e ventuno servizi sanitari, scarso ruolo dei Comuni, azienda sanitaria di grandi dimensioni, Direttore generale figura monocratica-autoritaria, che anticipa il preside manager di autonomia scolastica e premierato, il vincolo di pareggio di bilancio, ora in Costituzione con Maastricht. La sinistra non si oppose realmente. Nel 1998 con il primo governo Prodi, Bindi ministro della Sanità fa approvare una legge delega cui seguirà con il governo D'Alema il Decreto 229/1999: un'occasione persa per correggere la normativa. In ossequio alla sussidiarietà orizzontale cattolica, venne introdotta la parità tra pubblico



e privato, soprattutto sociale, che concorrono a fare "sistema". Parola dunque non utilizzata per errore ma teorizzata.

Ma la spesa sanitaria non diminuisce, i governi operano numerosi tagli lineari, con riduzione di posti letto, servizi e operatori, perché la sanità è il 70% dei bilanci regionali e il 60% della spesa sono lavoratori, con il tetto alla spesa per le assunzioni. Mentre non c'è per l'acquisizione di beni e servizi, così aumentano esternalizzazioni e convenzioni. Il Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) va per il 50% ai privati con punte del 90% nel territorio per riabilitazione, assistenza domiciliare, Rsa e hospice. È la "white economy": enormi interessi del capitale finanziario fino ad assicurazioni integrative in alcuni contratti di lavoro che con la defiscalizzazione sottraggono ulteriori risorse al pubblico.

Quindi non basta l'aumento del Fsn, pur necessario, su cui sono tutti d'accordo per dividersi la torta, se non si destina al solo Ssn propriamente detto attraverso un piano straordinario di assunzioni, togliendo il tetto alla spesa per il personale, bloccando le convenzioni con i privati, con la ripubblicizzazione dei servizi e una forte iniezione di democrazia.

*\*Medico, già Direttore sanitario ospedaliero,  
Forum per il Diritto alla Salute*

*\*\*Medico, Direttore di Distretto Asl, Medicina Democratica*



**MONZA**  
Ambulanza in arrivo  
all'Ospedale San Gerardo di Monza



## Default pronto soccorso L'indagine Commissione Affari sociali della Camera fotografa una situazione difficile

Oltre 20 milioni di accessi l'anno. Mancano 4.500 medici e 10mila infermieri, attese troppo lunghe per il ricovero, carenza di posti letto nei reparti di degenza, difficoltà a garantire un turnover del personale

Cecilia Augella

PAGINA

6

**LE CONCLUSIONI** dell'indagine della Commissione Affari sociali della Camera e le soluzioni individuate

# Pronto soccorso in crisi: mancano 4.500 medici e 10mila infermieri

È

un'emergenza-urgenza quella che in Italia caratterizza la situazione dei pronto soccorso. L'indagine

della Commissione Affari sociali della Camera fotografa "una situazione difficile, che rappresenta la "punta dell'iceberg" e la conseguenza di problemi complessi, spesso connessi gli uni con gli altri". Tra le cause "la mancanza di 4.500 medici e 10mila infermieri, i tempi di attesa per il ricovero (boarding), la carenza di posti letto disponibili nei reparti di degenza causata e la difficoltà a garantire un turnover adeguato del personale". Gli accessi al pronto soccorso, secondo l'indagine, "hanno raggiunto numeri elevatissimi, che secondo alcune stime dovrebbero superare i 20 milioni l'anno, con un incremento in determinati periodi, legato alla stagionalità di fattori epidemiologici e alla mobilità della popolazione (periodo influenzale e periodi di vacanza e turismo". Inoltre è stato riscontrato "l'elevato numero di accessi impropri: numerosi sono gli assistiti che si auto-presentano al pronto soccorso; il numero di codici verdi e bianchi supera abbondantemente il 50% degli

accessi totali".

Le conclusioni della Commissione, dopo avere ascoltato nelle audizioni tutti i rappresentanti del settore, dalle società scientifiche ai sindacati di categoria, sono state raccolte in un documento conclusivo approvato mercoledì e indicano diversi punti su cui intervenire: il potenziamento della medicina del territorio; maggiore disponibilità di posti letto; riduzione delle liste di attesa; riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza; potenziamento del personale; tutela del personale sanitario; promozione della diffusione di corrette informazioni presso la popolazione.

### Potenziamento della medicina del territorio.

A conclusione dell'indagine, sembra non esserci dubbio sul fatto che, se si vuole provare a risolvere la situazione in cui versa attualmente la medicina di emergenza-urgenza, sia fondamentale realizzare una vera e propria riforma del sistema nel suo complesso, potenziando la medicina territoriale. Solo agendo in questa direzione si potrebbero intercettare le richieste di salute non connotate da effettiva urgenza, che attualmente si concentrano impropriamente sul pronto soccor-

so, con gravi conseguenze sul piano del sovraffollamento.

### Maggiore disponibilità di posti letto

Dalla riorganizzazione della medicina del territorio, dallo sviluppo delle strutture intermedie per le cure a bassa intensità, dalla maggiore integrazione ospedale-territorio, dovrebbe derivare una maggiore disponibilità di posti letto ospedalieri e il turnover di questi ultimi. Occorre, infatti, decongestionare il pronto soccorso sia in entrata che in uscita, attraverso l'allocazione appropriata delle basse priorità, da un lato, e assicurando le cure a elevata intensità ai pazienti che ne necessitano, dall'altro. L'approccio corretto al problema, dunque, passa sia attraverso l'erogazione di risorse che mediante la rimodulazione dei modelli organizzativi.



## Riduzione delle liste di attesa

Il problema delle liste d'attesa rappresenta una delle cause principali del sovraffollamento del pronto soccorso. Occorre, dunque, individuare una soluzione volta ad affrontare il problema in modo organico. In tal senso, oltre alle disposizioni recate dalla Legge di bilancio per il 2024, che prevedono l'incremento delle tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive espletate dal personale medico e del comparto sanità, dal 2024 al 2026 nonché la previsione per cui le regioni possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024 per il recupero delle liste di attesa, presso il ministero della Salute è stato istituito il Tavolo tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano nazionale di Governo delle liste d'attesa 2024-26, con l'obiettivo principale di innovare radicalmente gli strumenti di monitoraggio dei tempi di attesa al fine di renderli sempre più tempestivi e precisi, e prontamente disponibili per la programmazione.

## Riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza

Occorre agire anche sul piano dei modelli organizzativi, in modo da rendere più efficiente il sistema dell'emergenza. Da più parti è stata sollevata, inoltre, l'esigenza di procedere alla revisione del decreto ministeriale n. 70 del 2015, in modo da realizzare compiutamente l'integrazione della rete dell'emergenza-urgenza nella rete ospedaliera. Tra le misure non procrastinabili, è stata individuata l'implementazione di percorsi alternativi per la presa in carico e la cura di situazioni classificabili come "urgenze minori", quali i percorsi a gestione infermieristica "see and treat" e i percorsi di presa in carico precoce "fast track", attivabili per codici a bassa e media complessità assistenziale. Di primaria importanza appare anche l'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale del Numero unico per le emergenze 112, nel quale viene convogliato, tra gli altri, il numero 118".

## Potenziamento del personale

Non c'è soluzione indicata che non passi dal superamento dei tetti di spesa per consentire il reclutamento di nuovo personale sanitario. Per quanto concerne specificamente la medicina di emergenza-urgenza, il problema sembra essere legato anche alla

scarsa attrattività del settore, per le ragioni che sono state più volte evidenziate. Uno degli strumenti ritenuti idonei ad attrarre il personale sanitario verso questo settore è la previsione di incentivi, non solo economici.

## Tutela del personale sanitario

È stata sollevata da più parti, da un lato, l'esigenza di tutelare il personale sanitario che opera nell'ambito della medicina dell'emergenza-urgenza contro le aggressioni fisiche e verbali, che colpiscono in modo particolare questa categoria di professionisti della sanità.

## Promozione della diffusione di corrette informazioni presso la popolazione

Un aspetto del problema è considerato la mancanza di una cultura sanitaria, per cui accade che i cittadini non riescano a valutare i propri bisogni, soprattutto per quanto riguarda l'accesso al sistema dell'emergenza, non riuscendo a distinguere un bisogno di assistenza sanitaria urgente da un sintomo che può essere affrontato in sede di medicina generale.

**Cecilia Augella**



**24** mag  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S  
24

## Un cambio di prospettiva sulla salute e il benessere della popolazione anziana

di *Duilio Carusi* \*

La tendenza all'invecchiamento della popolazione, la crescente fragilità e multi-cronicità degli anziani, il mutato concetto di benessere e di qualità della vita in età senile, stanno comportando inevitabili cambiamenti, nella figura e nel ruolo dei caregiver, nella riorganizzazione degli spazi abitativi e urbani, nella promozione dell'invecchiamento attivo e nell'evoluzione dell'interfaccia con il sistema salute da parte degli anziani e dei loro familiari.

Nell'arco di pochi decenni si sono originati nuovi tempi di vita ed una ecologia inedita della popolazione anziana che richiedono nuove strategie per la salute ed il benessere: queste strategie sono sempre più affidate non ai soli strumenti economici e tecnologici, ma anche grandemente alla solidarietà sociale.

L'implementazione di un nuovo trasferimento culturale sul tema dell'invecchiamento è realizzabile tramite un'estensione del sistema salute a nuove componenti e conoscenze, al fine di rispettare l'interdipendenza di tutti quei fenomeni sociali, economici ed ambientali che condizionano la salute e il benessere della popolazione.

Per questo l'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza studia l'andamento della Vicinanza della salute, un concetto inedito che integra la relazione, nello spazio e nel tempo, che intercorre tra la persona ed il bene salute con l'effettiva capacità di fruire della salute stessa, osservando il verificarsi delle cosiddette "condizioni abilitanti". Si passa dalla sola analisi dei servizi offerti al cittadino in tempi e distanze più o meno congrui, al monitoraggio di elementi necessari all'attuazione della salute: vengono quindi analizzati la condizione e la percezione dei luoghi di vita e dell'abitazione, le competenze nell'uso degli strumenti digitali, l'accesso ai sistemi di welfare, l'equità nell'accesso alle infrastrutture, la disponibilità economica degli individui.

Questa nuova prospettiva di analisi risulta sempre più attuale se consideriamo che la transizione demografica ha portato non solo ad un aumento dell'aspettativa di vita, ma ad un aumento dell'aspettativa di vita in salute. Il fenomeno porta con sé una rivoluzione nella interpretazione e nello sviluppo degli anni di vita da trascorrere dopo il raggiungimento dei 65 anni, soglia che storicamente (e forse ormai anacronisticamente) ha da sempre sancito l'ingresso nella "terza età".

A differenza di un recente passato, oggi lo stato di salute generale della popolazione che si accinge ad entrare nella terza età, presenta, infatti, caratteristiche di salute, bisogni, aspettative e capacità molto più simili ad una popolazione giovane, tanto da aver portato l'Osservatorio a coniare il termine di "quasi" terza età: con lo slittamento degli stadi più severi di fragilità verso i grandi anziani, lo status di "anziano" sembrerebbe oggi più consono ad una popolazione ultrasessantacinquenne.

Questa estensione della vita attiva e in buona salute, legata indissolubilmente a modelli



culturali che promuovono la diffusione di un “giovane anziano”, pur nel loro evidente ossimoro, evidenziano la necessità di una nuova lettura dello stato di salute e benessere della popolazione over 65 al fine di non incorrere in facili ottimismo.

Quello che emerge dal recente studio sulla Vicinanza della salute per la popolazione over 65 condotto da Fondazione Visentini e che sarà presentato presso l'Università Luiss Guido Carli il prossimo 28 maggio, è infatti un quadro che accende diversi campanelli d'allarme.

La rilevazione 2023 dell'Indice di Vicinanza della salute (IVS) over 65 fa emergere un andamento costantemente peggiore per la popolazione over 65 rispetto alla popolazione generale italiana, e i segni negativi sono concentrati soprattutto sulle componenti relative alla sfera individuale e delle relazioni sociali.

Il primo elemento di allarme, e probabilmente il più problematico, è legato al fenomeno dell'isolamento che, complice la crescente disgregazione delle reti sociali e familiari, attanaglia maggiormente la popolazione anziana rispetto alla popolazione italiana nel suo complesso. L'isolamento, infatti, registrando 9 punti nella popolazione anziana contro i 91 punti registrati nella popolazione totale, evidenzia la prima priorità da affrontare per migliorare la salute degli anziani portando l'attenzione sulla sfera individuale extrasanitaria.

Correda questo dato la rilevazione dedicata alla mental health, che fa segnare un differenziale di oltre 52 punti fra la salute mentale degli anziani e quella della popolazione generale, evidenziando anche su questo fondamentale tema l'urgenza di intervenire per ridurre il più possibile il gap esistente.

Un'altra componente di rischio per la salute della popolazione anziana è costituita dal basso livello di literacy, ovvero l'alfabetizzazione, nello specifico sanitaria, che rappresenta una delle principali condizioni abilitanti per la salute. Il livello delle competenze digitali avanzate dell'anziano in Italia risulta molto basso ed al di sotto della media europea: la rilevazione dell'Osservatorio sulla literacy fa registrare un grande gap a svantaggio della popolazione over 65, con soli 20 punti rispetto ai 96 della popolazione totale, con importanti conseguenze sulla capacità di poter fruire dei nuovi servizi digitali al cittadino.

Un dato fortunatamente in controtendenza è, invece, quello che emerge dalla rilevazione della coesione sociale, uno dei pochi ambiti dove si rileva per il 2022 un valore in ripresa dopo la caduta libera prodotta dalle misure di contenimento per la pandemia: stando ai numeri, la partecipazione sociale e le attività di volontariato sono in ripresa, portando il dominio “Coesione sociale” al massimo storico di 66 punti, dopo il crollo a 45 punti registrato nel 2020.

I dati rilevati riportano l'attenzione sulla componente individuale e delle relazioni sociali come chiave fondamentale per la salute ed il benessere della popolazione over 65, evidenziando ancora una volta come sia necessario introdurre ed armonizzare queste nuove istanze in un'unica pianificazione nazionale per la salute che tenga conto oltre che della componente sanitaria anche delle dimensioni extrasanitarie e dei determinanti sociali per la salute.

*\* Adjunct Professor Luiss Business School, Coordinatore dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



23 mag  
2024

## AZIENDE E REGIONI

S  
24

# Migliore (Fiaso): “Utilizziamo solo 1% delle potenzialità legate alla telemedicina”

Tra le prestazioni oggi erogabili in tele visita la quota di quelle effettivamente fornite è tra l'1 e il 5% nell'86% delle aziende sanitarie che dispongono del servizio. È un dato estratto per Fiaso, la Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, dalla Ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano, presentata oggi nel corso dell'evento “Sanità Digitale: trasformare il presente per un futuro sostenibile”, in corso a Milano.



“Stiamo utilizzando solo l'1% delle potenzialità attuali dei sistemi di telemedicina. Attraverso la tecnologia oggi potremmo migliorare l'efficienza, l'accessibilità e la qualità delle cure ma non riusciamo a superare barriere culturali o organizzative che impediscono una più ampia adozione dei servizi in favore dei pazienti”, così il presidente della Fiaso, Giovanni Migliore.

Eppure, come emerge dalla ricerca, il 40% delle strutture sanitarie pubbliche ha attivato stabilmente servizi di tele visita, mentre un altro 40% ha in corso sperimentazioni o le attiverà entro fine anno. Il teleconsulto è utilizzato nel 52% delle aziende, seguito dai servizi di telemonitoraggio al 40%. Il 29% delle strutture ha attivato o sta sperimentando servizi di teleconsulto tra medici di medicina generale e ospedale. La tele visita, ricordiamolo, è una visita medica a distanza tra un paziente e un medico, viene effettuata attraverso piattaforme di telemedicina e consente ai pazienti di ricevere diagnosi senza

doversi recare fisicamente presso lo studio medico o l'ospedale. Il teleconsulto, invece, è una consulenza medica a distanza tra medici o tra un medico e altri operatori sanitari per discutere di casi clinici complessi, condividere competenze specialistiche o prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche.

“Alla vivacità delle iniziative nel campo dell'innovazione e della telemedicina che vengono svolte in molte aziende non si accompagna il cambiamento nelle regole che è il vero presupposto per una diffusione su larga scala di questa modalità assistenziale. La telemedicina potrebbe essere di grande aiuto nella risoluzione di due grandi problemi della sanità come la mancanza del personale sanitario e le liste d'attesa. Potremmo, ad esempio, portare visite specialistiche in aree periferiche, ottimizzando la gestione del tempo dei medici e dei pazienti, riducendo l'attesa per appuntamenti e follow-up. Effettuare il monitoraggio costante dei pazienti con malattie croniche al loro domicilio, potremmo portare ciò di cui il paziente ha bisogno, lì dove ne ha bisogno. Ma tutto questo non deve più restare circoscritto negli appuntamenti sulla telemedicina ma fare effettivamente parte del patrimonio del nostro sistema sanitario nazionale”, aggiunge Migliore.

Tra le barriere individuate dalle aziende rispetto allo sviluppo dell'innovazione digitale ci sono le risorse economiche limitate. Per i servizi di Telemedicina sono stati stanziati dal Pnrr circa 1,5 miliardi di €. L'impatto sulla spesa per la Sanità digitale però deve in realtà ancora manifestarsi appieno, nonostante ci sia stato un aumento del 22% rispetto al 2022. Riguardo la rimozione delle barriere culturali nell'impiego di servizi di telemedicina, il 66% delle direzioni strategiche ha dichiarato che sta iniziando ad esserci consapevolezza da parte della maggior parte dei professionisti rispetto ai benefici della telemedicina e nel 28% dei professionisti c'è piena consapevolezza e positività e si stanno progressivamente impiegando indicatori per misurarne l'impatto sui servizi erogati.

“In questo momento le risorse ci sono e non possiamo più perdere tempo. Dobbiamo potenziare l'agenzia italiana per la sanità digitale, fare formazione per sviluppare competenze e professionalità nuove, dai dirigenti per i quali lo stesso Pnrr ha previsto e finanziato corsi, giù a caduta sugli altri attori del servizio sanitario, fino ai medici di medicina generale. Dobbiamo fare tutti di più per colmare il divario tra i servizi disponibili e il loro effettivo utilizzo”, conclude Migliore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**23** mag  
2024

EUROPA E MONDO

S  
24

## Aviaria: secondo caso negli Stati Uniti ma per gli esperti il rischio per la popolazione resta basso

I Centers for Disease Control and Prevention americani hanno confermato un secondo caso nell'uomo di influenza aviaria A/H5N1. Si tratta di una persona che lavorava in un allevamento in Michigan in cui l'infezione era stata già rilevata nelle mucche. Non sono esclusi altri contagi: "Considerati gli elevati livelli di virus A/H5N1 nel latte crudo delle mucche infette e l'entità della diffusione di questo virus nelle vacche da latte, potrebbero essere identificati ulteriori casi umani simili", scrivono i Cdc in una nota.



Il lavoratore, come il precedente caso rilevato due mesi fa in Texas, ha presentato soltanto una congiuntivite, successivamente guarita. La positività al virus A/H5N1 è stata confermata dai test eseguiti sui campioni oculari, mentre sono risultati negativi quelli nasali. Non è chiaro se questo aspetto possa fornire informazioni sulle modalità di trasmissione: le infezioni oculari "potrebbero essere dovute alla contaminazione degli occhi, magari con uno spruzzo di fluido contaminato o dal contatto degli occhi con qualcosa di contaminato dal virus A/H5N1, come una mano".

Per i Cdc questo secondo caso umano non cambia il livello di rischio per la popolazione generale, che rimane basso. Invece, sottolinea la necessità che le persone esposte per ragioni lavorative ad animali potenzialmente infetti adottino misure preventive, come indossare guanti e mascherine. Intanto,

anche lo Stato di Victoria, in Australia, ha riportato un caso di influenza aviaria A/H5N1 in un bambino di ritorno dall'India. Il contagio, in realtà, risale allo scorso marzo, ma è emerso solo ora, nell'ambito di un programma di sorveglianza rafforzata. Le caratteristiche del virus escludono che il contagio sia connesso all'epidemia in corso in Usa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La rete di strutture raccoglie informazioni da medici, veterinari, biologi, agronomi, climatologi...

# LA SALUTE È UNA SOLA

## Il contributo degli Istituti Zooprofilattici alla sanità pubblica

DI FABRIZIO DE FEO

**G**li Istituti Zooprofilattici Sperimentali rappresentano una struttura sanitaria integrata, unica in Europa e nel mondo, per la salvaguardia della salute degli animali e dell'uomo e della tutela dell'ambiente. Una realtà che, come racconta Antonio Limone, coordinatore della rete degli Istituti Zooprofilattici, lavora su un concetto di salute interconnessa. «Gli Istituti Zooprofilattici operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale quale strumento tecnico-scientifico dello Stato e delle Regioni. Sono coinvolti pienamente nella Medicina unica, proposta peraltro per la prima volta da un medico veterinario, Calvin Schwabe, negli anni 60», racconta Limone. «La sua proposta di integrazione si basava sulla previsione di dover affrontare in un futuro sempre più patologie zoonotiche. Attualmente alla salute umana e veterinaria si è aggiunta anche quella ambientale aprendo definitivamente il cammino per una salute interconnessa. Nessun problema di Sanità Pubblica può più essere

affrontato senza tenere in conto i dati provenienti dai sistemi informativi alimentati da medici, veterinari, agronomi, chimici, biologi e climatologi. Questo richiede uno sforzo immenso poiché richiede di valorizzare le reciproche sinergie». Gli zooprofilattici nell'immaginario sono dediti soprattutto al controllo delle procedure alimentari, un ruolo che li sta trasformando in una sorta di garanti della qualità del cibo italiano. «Gli istituti svolgono una funzione cruciale nel garantire la qualità e la sicurezza del cibo italiano, contribuendo così a proteggere i consumatori e a promuovere la qualità dei prodotti alimentari italiani. La salute animale è strettamente legata alla salute e al benessere umani, in quanto componente fondamentale della sicurezza alimentare. E qui ritorna il concetto di una sola salute, per cui salvaguardare la salute degli animali e prevenirne le malattie serve a tutelare la salute pubblica, le produzioni animali, la sicurezza degli alimenti e il relativo approvvigionamento, le economie rurali e l'ambiente». Negli ultimi anni gli istituti hanno deciso di unire

gli sforzi e di lavorare in rete. «La creazione di una rete nazionale degli istituti zooprofilattici è motivata dalla necessità di migliorare il coordinamento e l'efficacia delle attività di ricerca e controllo, rafforzando la capacità di risposta alle emergenze sanitarie. Le diverse competenze maturate su differenti e peculiari territori regionali consentono di mettere a disposizione expertise così come riescono a coprire al meglio gli alert scaturiti dai sistemi informativi europei».

C'è poi la questione dei cambiamenti climatici con le nuove sfide che l'innalzamento delle temperature comporta. «I cambiamenti climatici stanno influenzando notevolmente il nostro lavoro. Basti pensare alla qualità dell'aria, dell'acqua e del cibo che mangiamo nonché all'insorgere di nuove malattie zoonotiche, come quelle trasmesse da zanzare e altri insetti». Tutto ciò implica una necessità crescente di monitorare e controllare nuove patologie emergenti e di adattare le strategie di prevenzione e risposta. «I cambiamenti climatici possono alterare gli ecosistemi» conclude Limone.

«Non è necessario guardare ai lontani Paesi in via di sviluppo per comprendere come le conseguenze del cambiamento climatico possono essere devastanti: basti pensare all'aumento delle alluvioni che hanno devastato produzioni agricole zootecniche e che contribuiscono al diffondersi di malattie nuove o non più presenti, prima confinate solo nelle regioni tropicali e sub tropicali, come Dengue, West Nile e le arbovirosi in generale». (riproduzione riservata)



**LONGEVITÀ**

# I DANNI DELLA MANCANZA DI LEGAMI SOCIALI NON AVERE AMICI? COME FUMARE 15 SIGARETTE AL GIORNO

DI ANNA FREGONARA

**N**ir Barzilai, direttore dell'Istituto per la ricerca sull'invecchiamento all'Albert Einstein College di New York, studia la vita di molti centenari. Una volta è stato accolto sulla porta da una di loro che fumava una sigaretta e Barzilai le ha chiesto: «Helen, nessuno ti ha detto di smettere di fumare?» e la donna ha risposto: «Sai, i quattro medici che me l'hanno consigliato sono tutti morti». Helen e la sua resilienza biologica sono l'eccezione che conferma la regola. L'unicità di vivere oltre i 100 anni comincia dal DNA. «I geni ereditati dai genitori sono responsabili di meno del 25% della nostra probabilità di vivere una vita lunga o breve. Ma possiamo massimizzare questo potenziale genetico seguendo alcune strategie che la ricerca scientifica ha identificato: evitare il fumo, seguire una dieta sana prevalentemente vegetariana, fare esercizio fisico aerobico e di resistenza con regolarità, trascorrere molto tempo all'aperto nel verde e dormire bene», spiega Luigi Fontana, direttore scientifico del Charles Perkins Centre RPA Clinic dell'Università di Sydney e leader mondiale nel campo della nutrizione e dell'invecchiamento in salute. C'è, però, un altro suggerimento che i centenari raccomandano: coltivare forti relazioni sociali con amici e familiari. Anche perché **la mancanza di legami sociali è stata definita dannosa dagli studiosi quanto fumare fino a 15 sigarette al giorno.** «I rapporti sociali sono uno dei pezzi chiave del puzzle del benessere, ci proteggono in parte modificando la risposta allo stress», prosegue Fontana. «La solitudine può innescare uno stato di stress cronico, aumentando la produzione di cortisolo, l'ormone dello stress. L'eccesso di cortisolo sopprime il sistema immunitario, rendendo il corpo più vulnerabile alle infezioni e ai tumori. Inoltre, lo stress cronico può alterare l'equilibrio tra il sistema nervoso simpatico e parasimpatico, aumentan-

do la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, funzioni essenziali per preparare il corpo alla fuga in caso di pericolo immediato, ancor prima che il cervello possa elaborare razionalmente la situazione. **La solitudine può anche contribuire all'innalzamento dei livelli di infiammazione,** un tratto comune a molte malattie cronico-degenerative contemporanee, come diabete, obesità, malattie cardiovascolari e cancro. Un tempo si riteneva che l'invecchiamento fosse soltanto un processo di usura del corpo. Oggi si sa che è regolato da specifici geni e da complesse vie molecolari che possono essere modulate dallo stile di vita e influenzare l'aspettativa di vita in salute».

Insomma, le relazioni sociali sono uno dei fattori predittivi più affidabili per una longevità sana. Le persone che hanno amici e confidenti stretti, si legge su *The American Journal of Psychiatry*, sono più soddisfatte della propria vita e hanno meno probabilità di soffrire di depressione. Da altre indagini emerge come i partecipanti che hanno un amico al loro fianco mentre completano un compito difficile abbiano una minore reattività della frequenza cardiaca rispetto a quelli che lavorano da soli. **Le persone hanno persino giudicato una collina meno ripida quando erano accompagnate da un amico.** In un articolo uscito su *BMC Medicine* i ricercatori hanno raccolto dati sulla socializzazione e sulla solitudine di oltre 450mila persone di età compresa tra i 38 e i 73 anni nel Regno Unito e hanno scoperto che, in media, le persone che non ricevevano mai visite da parte di amici o parenti avevano un rischio maggiore del



39 per cento di morire durante il periodo di studio rispetto a coloro che ricevevano visite quotidiane dai propri cari. Anche chi non viveva da solo aveva un rischio di morte maggiore del 25 per cento se non riceveva visite.

«Una ricerca apparsa su *Heart* ha dimostrato che l'isolamento sociale aumenta del 25 per cento e del 32 per cento il rischio di morte prematura in chi aveva già sofferto rispettivamente di infarto e ictus», aggiunge Roberto Pedretti, professore associato di Malattie dell'apparato cardiovascolare all'università di Milano Bicocca e direttore del Dipartimento Cardiovascolare all'IRCSS MultiMedica di Sesto San Giovanni (Milano). «In chiave di longevità e qualità della vita si capisce come nei soggetti adulti e sani sia importante focalizzarsi soprattutto sulla riduzione dei fattori di rischio. Tuttavia, in coloro che hanno già sperimentato un evento quale infarto o ictus il non intervenire sull'isolamento sociale determina il mantenimento nel tempo di un importante rischio residuo di mortalità, anche correggendo gli altri fattori di rischio». Nonostante i potenziali benefici, nel 2021 il 12 per cento degli adulti americani ha dichiarato di non avere amici intimi rispetto al 3 per cento del 1990. Ma cosa si intende per amicizia? «È la scelta libera di legare tra persone non unite da parentela ed è la base della nostra società che abbiamo ereditato da Pericle e Aristotele. Servono tanti rapporti informali per vivere bene», precisa Franco La Cecla, antropologo, professore di Arte e antropologia allo Iulm di Milano. «Non consideriamo l'amicizia inesauribile. Al contrario, esiste nella sua revocabilità. Va curata, ma si sostiene da sé, senza regole per tenerla in piedi altrimenti non è amicizia».

Secondo una ricerca congiunta delle università di Oxford e Aalto, la rete sociale è più ampia a 25 anni, dopo si riduce anche perché con l'età si modificano esigenze, energie e responsabilità, basti pensare a quando si diventa genitori. «La rete sociale cambia, quello che non cambia è il bisogno di averne una, necessità innata dalla nascita agli ultimi istanti della vita. È un bisogno primario

come il cibo, retaggio dei nostri antenati che hanno vissuto in un'epoca in cui la loro sopravvivenza era legata alla socialità. Per questo, quando ci sentiamo turbati per uno sguardo mancato o per un ritardo nella risposta di un contatto, stiamo sperimentando una reazione evolutiva che ci allerta riguardo a una possibile minaccia sociale», dice Paolo Riva, professore associato di Psicologia sociale all'Università di Milano Bicocca.

La nostra salute è interconnessa con le persone che ci circondano tanto che studi mostrano come coloro che hanno maggiori legami sociali sono più attivi fisicamente e possono percepire un più chiaro scopo nella vita, due fattori legati alla longevità. Non esiste un numero "magico" ideale di amici, ma al termine delle sue ricerche l'antropologo britannico Robin Dunbar ha indicato in circa 5 gli amici più stretti. «Altre stime convergono su questo numero indicativo», prosegue Riva. «A ogni età, mantenere una rete sociale richiede energia, è però sempre soddisfacente. C'è un aspetto quantitativo nel bisogno di relazioni, una persona sola non può, infatti, esaurire la necessità di socialità. C'è anche un aspetto qualitativo, nel senso che servono relazioni che facciano sentire una dimensione di stabilità, di sicurezza».

Secondo la teoria della regolazione del rischio, decidiamo quanto investire in una relazione in base alla probabilità di essere rifiutati. «Essere esclusi fa male, è naturale perché il dolore sociale attiva aree del cervello che sono comuni con quelle che si accendono con il dolore fisico», dice lo psicologo. «Personalità e caratteristiche individuali influiscono nel mettersi in gioco alla ricerca di nuovi contatti, ma spesso è molto meno probabile che si venga rifiutati di quanto si pensi. L'amicizia è solo uno dei modi in cui la socialità si può declinare. La ricerca degli ultimi dieci anni si sta focalizzando sulla socialità minore come fattore di benessere. È quel tipo di socialità che porta a parlare agli sconosciuti, dal barista al signore che attende il bus. È un fenomeno che sembrava ininfluenza, invece si sta osservando che ha molti effetti positivi sulla salute mentale».

**«LA SOLITUDINE PUÒ INNESCARE UNO STATO DI STRESS CRONICO, CHE PROVOCA L'AUMENTO DELLA FREQUENZA CARDIACA E DELLA PRESSIONE»**

**«PER CHI HA GIÀ AVUTO UN INFARTO O UN ICTUS, NON INTERVENIRE SULL'ISOLAMENTO SIGNIFICA MANTENERE UN IMPORTANTE RISCHIO RESIDUO»**

**«NUOVI STUDI HANNO DIMOSTRATO L'IMPORTANZA ANCHE DELLA SOCIALITÀ MINORE: PARLARE CON IL BARISTA O CON IL SIGNORE CHE ASPETTA IL BUS»**

**200**

LE ORE CHE LE AMICIZIE PIÙ STRETTE RICHIEDONO PER SVILUPParsi. SECONDO UNO STUDIO APPARSO SUL JOURNAL OF SOCIAL AND PERSONAL RELATIONSHIPS

**12%**

DEGLI AMERICANI ADULTI NEL 2021 HA DICHIARATO DI NON AVERE AMICI INTIMI RISPETTO AL 3 PER CENTO DEL 1990



Luigi Fontana, direttore scientifico del Charles Perkins Centre RPA Clinic dell'Università di Sydney (ha un canale su YouTube: Longevity NOW-FL); sotto, Roberto Pedretti, professore associato di Malattie dell'apparato cardiovascolare in Bicocca



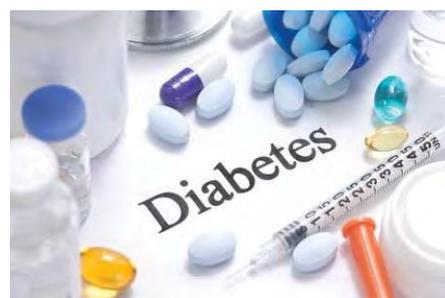
23 mag  
2024

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Diabete/ Annali Amd: migliorano le performance delle cure ma resistono le storiche “spine nel fianco”

Migliorano le performance delle cure diabetologiche in Italia: aumentano i pazienti con emoglobina glicata a target e cresce l'impiego dei farmaci più appropriati ed efficaci nel contrastare le principali complicanze della malattia diabetica; al contempo, persistono alcune storiche “spine nel fianco” della diabetologia: diagnosi spesso tardiva del piede diabetico, diffusi risultati sub-ottimali nel controllo del peso e la persistenza di alcuni stili di vita incompatibili con una gestione consapevole della malattia, primo fra tutti il vizio del fumo. Questo quadro è stato delineato dall'Associazione Medici Diabetologi (AMD) che oggi, presso l'Auditorium “Cosimo Piccinno” del ministero della Salute, ha presentato l'ultima edizione degli Annali, indagine che da quasi 20 anni monitora l'andamento e la qualità dell'assistenza erogata a oltre 600mila pazienti italiani, rappresentando uno dei database più importanti al mondo.



“Grazie al coinvolgimento di quasi 300 centri diabetologici distribuiti su tutto il territorio nazionale, il nostro file dati rappresenta buona parte delle diabetologie italiane - illustra **Giuseppina Russo**, coordinatrice nazionale Annali AMD -. Il database registra l'assistenza erogata a oltre 42.000 persone con diabete tipo 1, più di 573.000 persone con diabete tipo 2 e 13.542 donne con diabete in gravidanza, arrivando a coprire, in alcune Regioni, il 50% dei cittadini con diabete. Di anno in anno osserviamo un continuo

miglioramento nel monitoraggio della malattia e dei fattori di rischio cardiovascolare, nel raggiungimento dei corretti valori di emoglobina glicata e nell'impiego appropriato dei farmaci. Ci sono fronti su cui possiamo fare di più, come l'esame del piede diabetico, una delle complicanze più temute e invalidanti del diabete, eseguito in meno del 20% dei casi (tipo 1 e 2), la gestione del peso (presenta una obesità quasi il 14% dei pazienti con DM1, il 35% di quelli con DM2 e il 24% delle donne con diabete gestazionale) e quello degli stili di vita, con molti pazienti ancora fumatori. Ma ci conforta il trend positivo che va nella giusta direzione”.

### **Diabete tipo 1: quasi il 20% dei pazienti usa il microinfusore**

Le persone con DM1 visitate lo scorso anno nei centri aderenti al circuito Annali hanno in media 48 anni e circa la metà ha una storia di patologia ultraventennale. A quasi il 60% dei pazienti sono stati misurati tutti i parametri del controllo metabolico (emoglobina glicata, profilo lipidico, pressione arteriosa e albuminuria) contro il 55% del 2022; circa il 40% raggiunge l'obiettivo di cura per i valori dei lipidi e della pressione arteriosa, un terzo quello della glicata ( $\leq 7,0\%$ ), con risultati migliori per chi usa il microinfusore (quasi il 20%) rispetto alla terapia multi-iniettiva; il 44% assume ipolipemizzanti e poco meno del 30% è trattato con anti-ipertensivi. Il 22,8% del campione risulta affetto da retinopatia diabetica, ma le forme severe sono poco frequenti. Il 65% dei pazienti presenta uno score Q  $>25$ , ovvero livelli adeguati di cura, con benefici diretti sulla salute complessiva e sulla riduzione del rischio cardiovascolare.

### **Diabete tipo 2: Sglt2i e Glp1-ra per oltre il 67% dei pazienti**

Delle 573.164 persone con diabete tipo 2 monitorate all'interno degli Annali nel 2023, oltre il 58% è costituito da uomini, sempre più anziani (70 anni l'età media). La percentuale di chi ha ricevuto almeno una valutazione annuale dei quattro dei parametri chiave per la cura del diabete è stabile intorno al 50%. Circa il 40% raggiunge il target per i lipidi e il 25% per la pressione arteriosa, oltre il 56% mantiene l'emoglobina glicata sotto controllo (vs il 54% del 2022). Una crescita che potrebbe spiegarsi con il maggior impiego dei nuovi farmaci, utilizzati da oltre il 67% dei pazienti rispetto al 56% del 2022. Oltre la metformina, prescritta al 72% del campione, gli anti-iperglicemizzanti più utilizzati sono gli SGLT2i (35,8%), l'insulina (32,2%) e i GLP1-RA, passati dal 27 al 31,7%, che potrebbero aver contribuito a ridurre i soggetti con obesità, scesi dal 37 al 35%. Due terzi dei pazienti assumono ipolipemizzanti e farmaci antiipertensivi. Una diagnosi di retinopatia diabetica è stata registrata nel 12,9% dei casi e una complicanza cardiovascolare maggiore nel 14,8%. Ma anche tra le persone con DM2, oltre il 64% presenta uno score Q  $>25$ , quindi livelli adeguati di cura complessiva.

## **Diabete gestazionale: ancora 14% di diagnosi tardive**

L'età media delle donne con GDM è circa 33 anni. I principali fattori di rischio per questo tipo di diabete sono risultati l'età superiore a 35 anni (40,8% del campione), seguita dall'obesità pregravidica (24%) e dalla familiarità per diabete (T1 e T2) pari al 12%. La diagnosi di GDM è stata fatta in media fra la venticinquesima e la ventiseiesima settimana, in accordo con le linee guida, ma il 14,4% ha eseguito l'esame per la curva glicemica solo dopo la ventottesima settimana, ricevendo quindi una diagnosi tardiva, con il rischio di sviluppare problemi di salute nel feto e nella donna. Per il 62% delle pazienti sono bastate modifiche dello stile di vita e della dieta, mentre il 37,6% ha dovuto assumere insulina, mediamente a partire dalla ventottesima settimana di gestazione.

“Grazie a una raccolta dati sempre più precisa e accurata, e dando a ogni centro la possibilità di auto-valutarsi e quindi di migliorarsi, gli Annali hanno permesso il lento ma progressivo innalzamento della qualità di cura, ma soprattutto della qualità di vita delle persone con diabete nel nostro Paese consentendo, al contempo, un'ottimizzazione delle risorse per il nostro sistema sanitario nazionale - sottolinea Riccardo Candido, presidente AMD -. Nulla può essere migliorato se non viene misurato: questo è stato il nostro punto di partenza quando abbiamo dato vita agli Annali quasi venti anni fa e continuerà ad essere il nostro approccio nell'affrontare le sfide del prossimo futuro”.

“Con tredici edizioni, ventotto monografie, cinquanta articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali e oltre 1 milione di dati raccolti dal 2006 a oggi, gli Annali costituiscono un patrimonio di informazioni il cui valore oltrepassa anche i confini nazionali - dichiara **Graziano Di Cianni**, presidente di Fondazione AMD -. Abbiamo, infatti, avviato una partnership con la World Health Organization (WHO) – Europe e l'International Diabetes Federation (IDF) – Europe, allo scopo di esportare gli Annali in altri Paesi europei, attualmente sprovvisti di sistemi per il monitoraggio dell'assistenza diabetologica. Ci auguriamo che la nostra lunga esperienza nella raccolta del dato possa rappresentare un utile modello di riferimento anche all'estero”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

23 mag  
2024

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## **Dermatologi: abuso di creme antibiotiche, in aumento le infezioni cutanee resistenti**

L'impiego eccessivo di antibiotici locali in ambito dermatologico è dimostrato dai dati sui consumi: secondo l'ultimo rapporto rilasciato dall'AIFA sull'uso degli antibiotici in Italia, il consumo dei primi 10 antibiotici non sistemici per uso dermatologico è pari a oltre 278 milioni di dosi annue, di cui oltre 168 milioni riguardano il consumo della sola gentamicina, anche associata al cortisone, tra le creme antibiotiche più abusate anche per il fai-da-te. Una nuova emergenza, già sottolineata dall'OMS nel manuale AWaRe del 2021 per ridurre la prescrizione di antibiotici topici, che si inserisce anche in Italia nell'emergenza irrisolta dell'antibiotico-resistenza. A mettere in guardia sui rischi dell'uso abnorme di creme antibiotiche è un pool di dermatologi esperti che hanno lavorato al primo documento di indirizzo sul corretto impiego degli antibiotici per ridurre la probabilità di insorgenza dell'antibiotico-resistenza in dermatologia. Al centro delle raccomandazioni degli esperti il ricorso agli antisettici, al posto degli antibiotici locali, cioè sostanze in grado di contrastare i microrganismi presenti sulla superficie cutanea e di arrestarne la moltiplicazione attraverso una azione ad ampio spettro.



### **Cure inefficaci e aumento di infezioni cutanee resistenti**

“Il ricorso massiccio e improprio alla terapia antibiotica locale anche per le infezioni cutanee superficiali, che interessano ogni anno milioni di italiani, è

infatti, non soltanto inefficace, perché ferite e ustioni lievi sono contaminate da una molteplicità di microrganismi refrattari all'azione specifica dell'antibiotico, ma ha anche ridotto di un terzo la sensibilità agli antibiotici comuni più utilizzati come, ad esempio, la gentamicina - spiega **Giuseppe Argenziano**, presidente SIDeMaST e direttore della Clinica Dermatologica dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli" di Napoli -. Recenti studi, su ceppi di *Staphylococcus aureus*, il batterio coinvolto nel circa 40% dei casi di infezione batterica cutanea, hanno mostrato un tasso crescente di resistenza agli antibiotici topici più utilizzati. In particolare, la gentamicina, comunemente utilizzata nel trattamento delle infezioni cutanee superficiali, è risultata correlata a una importante emergenza di resistenze batteriche. Una valutazione di dati provenienti dall'Antimicrobial Resistance Surveillance Network, raccolti da 105 ospedali, in cui sono stati analizzati oltre 148 mila campioni isolati di *Staphylococcus aureus* in pazienti con infezioni cutanee, ha riscontrato una elevata resistenza batterica alla gentamicina, con una sensibilità al farmaco solo in 98 ceppi su 299".

### **Effetti anche sulla resistenza agli antibiotici orali, no al fai-da-te**

"L'utilizzo improprio degli antibiotici topici può influenzare anche l'aumento delle resistenze batteriche agli antibiotici sistemici - avverte **Stefano Veraldi**, professore di Dermatologia e Venereologia presso l'Università di Milano Bicocca -. Per esempio, curare l'acne in maniera sbagliata può non solo peggiorare la patologia stessa, ma anche determinare l'insorgere di problematiche importanti, quali l'antibiotico-resistenza sistemica, che può rappresentare un pericolo anche per future terapie. L'uso fai-da-te degli antibiotici topici è quindi un errore che si può intensificare con l'estate, durante le vacanze, che portano a una vita più attiva e all'aperto, spesso meno protetti dai vestiti, in cui può capitare di subire punture d'insetto, piccole ferite come tagli, lesioni da trauma o ustioni lievi causate dall'esposizione al sole, che possono essere sovrinfettate da microrganismi, - sottolinea Veraldi-. Anche in questi casi è da evitare una copertura antibiotica empirica, fai-da-te".

### **Sette specialisti su 10 non usano antisettici per piccole ferite chirurgiche**

"L'aumento dell'antibiotico-resistenza topica nelle infezioni cutanee è il prezzo che si paga per le troppe prescrizioni delle creme antibiotiche da parte degli specialisti, anche per infezioni superficiali", dichiara **Giuseppe Micali**, direttore della Clinica Dermatologica dell'Università di Catania, tra gli esperti del documento di indirizzo e autore di uno studio condotto su 1500 specialisti. Dermatologi, chirurghi plastici e medici estetici sono stati invitati a rispondere a un questionario che ha raccolto dati a livello nazionale per analizzare il trattamento topico scelto per prevenire infezioni di piccole ferite chirurgiche conseguenti a laserterapia, peeling superficiali, biopsie o crioterapia. Dalle risposte raccolte è emerso che circa 7 specialisti su 10

usano di routine antibiotici topici e solo il 20% prescrive trattamenti idratanti e riepitelizzanti. “Il motivo di questa scelta dipende dall’errata convinzione che tale condotta terapeutica possa essere utile a prevenire le infezioni superficiali - afferma l’esperto -. L’indagine condotta sul campo ha dunque confermato il malcostume di buona parte delle categorie prese in esame a prescrivere antibiotici topici per la medicazione delle piccole ferite chirurgiche. Tutto questo in difformità con le attuali linee guida internazionali e nazionali che prevedono l’utilizzo esclusivo, sia in fase preoperatoria che nel post operatorio, di agenti antisettici che non influiscano sulla refrattarietà dei microrganismi batterici, limitando il ricorso all’antibioticoterapia topica solamente a specifiche condizioni”.

### **Il Documento di indirizzo sulla cura delle infezioni cutanee superficiali**

“In accordo con le evidenze scientifiche più recenti, per prevenire le infezioni di piccole ferite da trauma e post-chirurgiche, ustioni lievi e lesioni ulcerative, senza alimentare il fenomeno dell’antibiotico-resistenza, il documento di indirizzo sottolinea la necessità di ricorrere all’utilizzo esclusivo di antisettici, sotto forma di creme, garze o cerotti - spiega **Maria Rita Nasca**, tra i coautori del documento e dermatologa presso la Clinica Dermatologica dell’Università di Catania -. Il ricorso all’antibiotico topico deve invece, oggi, essere limitato a specifiche circostanze, come, ad esempio, l’insorgenza di segni evidenti di infezione locale o sistemica, quali stati febbrili, o in presenza di pazienti immunodepressi o con diabete”.

“Abbiamo a disposizione diversi antisettici efficaci e ad ampio spettro che agiscono velocemente a basse concentrazioni, come la clorexidina, ma primo fra tutti l’estratto del grano con poliesanide che, oltre ad essere particolarmente in grado di ridurre il rischio di infezioni senza esporre al pericolo di resistenza batterica, hanno dimostrato una elevata efficacia nel promuovere la riparazione delle ferite”, aggiunge **Pietro Rubegni**, professore ordinario di Dermatologia e direttore presso il Dipartimento di Dermatologia dell’Università degli Studi di Siena, tra i coautori dell’expert opinion.

Per il trattamento dell’impetigine, della follicolite e dell’acne, invece, l’utilizzo di antisettici è indicato solo per alcuni pazienti e in specifiche situazioni. “L’impetigine è una infezione batterica della cute altamente infettiva ed estremamente pruriginosa, comune nei bambini di età inferiore ai 10 anni, ma può interessare anche gli adulti - afferma **Marco Ardigo**, professore di Dermatologia presso Humanitas University di Milano e primario di Dermatologia Oncologica presso IRCCS Istituto Clinico Humanitas -. L’impiego di detergenti e antisettici, come ad esempio quelli a base di poliesanide, è spesso utile per evitare recidive, ma solo se la manifestazione patologica è poco estesa”.

La follicolite, invece, è un'infezione a carico dei follicoli piliferi, generalmente pruriginosa, ma anche dolorosa. Rappresenta una condizione molto comune che spesso coinvolge sedi localizzate come il volto e gli arti. “La terapia delle follicoliti è basata su antibiotici topici con il ricorso a terapie sistemiche - aggiunge Ardigò -, ma in casi specifici, come in presenza di processi infiammatori follicolari, si ricorre piuttosto ad antisettici. Per l'acne, invece, la terapia antisettica è indicata come supporto al trattamento antibiotico prescritto eventualmente dallo specialista”.

“Per l'Italia serve ora, dunque, una maggiore sensibilizzazione al fine di evitare l'uso indiscriminato degli antibiotici in ambito dermatologico, che ne incoraggi un impiego limitato. Deve cambiare il nostro approccio alla pratica clinica, con un ricorso sempre più frequente a sostanze antisettiche al posto degli antibiotici. In caso contrario ci troveremo di fronte a una emergenza nella cura delle infezioni cutanee”, conclude Argenziano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

23 mag  
2024

## MEDICINA E RICERCA

S  
24

# Sanità digitale: la spesa cresce a 2,2 miliardi (+22%), per il 52% dei pazienti porterà più benefici che rischi

Continua la crescita della spesa per sanità digitale in Italia che nel 2023 è stata pari a 2,2 miliardi di euro (+ 22% rispetto al 2022). La cybersecurity si conferma, come l'anno scorso, al primo posto tra le priorità per le aziende sanitarie coinvolte nella ricerca svolta in

collaborazione con FIASO. Fondamentali anche la Cartella Clinica Elettronica (CCE) e i sistemi di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali. Stabili i tassi di utilizzo della Telemedicina. Sono alcuni risultati della ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale della School of Management del Politecnico di Milano, presentata oggi durante il convegno "Sanità Digitale: Trasformare il presente per un futuro sostenibile".

Nell'ultimo anno il 35% dei medici specialisti e il 48% dei MMG hanno fatto accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico, strumento considerato utile dal professionista: riduce il tempo necessario per reperire le informazioni (per il 70% degli specialisti e il 65% dei MMG) e semplifica la lettura dei documenti scambiati (70% degli specialisti e il 60% dei MMG). Inoltre, fornisce informazioni critiche per la gestione del paziente in situazioni di emergenza (68% degli specialisti e 60% dei MMG) e permette di prendere decisioni più personalizzate e basate sull'intera storia clinica del paziente (68% e 53%).

**Aumenta l'interesse per l'intelligenza artificiale.** Per una gran parte del personale sanitario l'AI potrà essere un valido supporto per le proprie



attività. Secondo il 72% degli specialisti e il 70% dei MMG potrà rafforzare le capacità di accuratezza e personalizzazione delle cure. Per il 55% degli specialisti e il 66% dei MMG potrà rendere più sostenibili le attività di monitoraggio di un elevato numero di pazienti cronici. Sei pazienti su dieci (62%), coinvolti nella ricerca svolta in collaborazione con Alleanza Malattie Rare, APMARR, FAND, FederASMA e Onconauti, dichiarano che, se usata con prudenza, l'AI possa portare più benefici che rischi e che possa aiutare il medico nel prendere decisioni più precise e rapide (58%). Tra le preoccupazioni dei medici, invece, emerge il rischio che l'automatizzazione di alcune attività possa condurre a errori (55% degli specialisti e 59% dei MMG) e che l'introduzione dell'AI nella pratica clinica possa diminuire il valore del giudizio clinico basato sull'esperienza professionale (53% e 56%).

Il 29% degli specialisti, il 34% degli infermieri (coinvolti nella ricerca in collaborazione con FNOPI) e ben due terzi dei MMG ha poi utilizzato soluzioni di AI generativa (GenAI) per ricercare informazioni scientifiche. Il 22% degli italiani ha utilizzato ChatGPT almeno una volta nell'ultimo anno. Il 23% di questi l'ha usato per cercare informazioni su prevenzione e stili di vita, il 19% su problemi di salute e il 15% su farmaci e terapie. Nel 40% dei casi l'utente che si è rivolto a ChatGPT in cerca di informazioni sulla salute afferma che le informazioni trovate hanno consentito di ridurre le comunicazioni con il medico.

“Il nostro Paese è ormai entrato nel cuore dell'attuazione degli interventi previsti per la Sanità digitale nel PNRR - afferma **Mariano Corso**, responsabile scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale -. Il suo impatto sulla spesa per la Sanità digitale deve però ancora manifestarsi appieno: se per alcune azioni, come quelle relative alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere si è già avuta una forte accelerazione dei progetti, gran parte delle risorse deve ancora essere “messa a terra”. Il 63% delle strutture sanitarie, nonostante l'aumento nella spesa complessiva, vede ancora la disponibilità di risorse economiche come la barriera più significativa all'innovazione digitale. Tra gli altri ostacoli maggiormente percepiti troviamo anche quest'anno la limitata cultura per il digitale (43%) e la mancanza di competenze per l'utilizzo degli strumenti (40%), oltre all'integrazione dei nuovi strumenti con i sistemi informatici già presenti nelle strutture (41%).”

**Gli ambiti prioritari di sviluppo** – “In linea con lo scorso anno, la cybersecurity si conferma l'ambito di innovazione con la priorità più alta per i decisori delle strutture sanitarie - afferma **Paolo Locatelli**, responsabile scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale - anche in conseguenza dell'incremento di attacchi informatici subiti dalle aziende e dalle istituzioni sanitarie negli ultimi mesi. Si confermano fondamentali, inoltre, la Cartella

Clinica Elettronica e i sistemi di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali, coerentemente con gli obiettivi di digitalizzazione degli ospedali - abilitati anche degli accordi quadro gestiti da CONSIP - e di integrazione - definiti dal PNRR. Per la Cartella Clinica Elettronica, che ancora oggi nel 35% degli ospedali non è una soluzione diffusa in tutti i reparti, emerge una tendenza significativa all'adozione di soluzioni fornite a livello regionale o sovra-aziendale: più della metà delle aziende sanitarie che intendono introdurla nel corso del 2024 seguirà questa strada”.

**Telemedicina** - L'erogazione di prestazioni di Telemedicina è ancora occasionale: tra coloro che hanno già utilizzato la Televisita, il 62% dei medici specialisti e il 46% dei MMG lo ha fatto poche volte al mese. A questo si aggiunge che la maggior parte dei medici specialisti utilizza ancora strumenti non dedicati all'uso sanitario per erogare tali servizi e che non sono quindi adeguati allo scambio di dati sanitari (46%), dimostrando quindi una limitata maturità dei servizi erogati dal punto di vista tecnologico.

“La maturità dei servizi di Telemedicina non dipende solo da fattori strettamente tecnologici – spiega **Deborah De Cesare**, direttrice dell'Osservatorio Sanità Digitale -, ma anche da elementi organizzativi, che devono essere sviluppati in modo coerente e organico e che ad oggi presentano lacune rilevanti. Infatti, tra coloro che hanno già utilizzato strumenti di Telemedicina, solo il 10% afferma che nella struttura sanitaria di riferimento sono stati definiti i ruoli che concorrono all'erogazione dei servizi e solo il 24% è stato formato sull'utilizzo di queste soluzioni”.

Nell'ultimo anno solo l'8% dei pazienti ha utilizzato servizi di Televisita con lo specialista e l'11% di Telemonitoraggio dei parametri clinici, ma con un livello di interesse futuro ad utilizzare questi servizi vicina all'80%. “A fronte di un'adozione ancora limitata della Telemedicina da parte dei pazienti occorre identificare e fare leva sui driver che possano promuoverne una maggiore diffusione – afferma **Cristina Masella**, responsabile scientifico dell'Osservatorio Sanità Digitale -. I pazienti che non hanno utilizzato servizi di Telemedicina sarebbero più propensi a farlo se questi consentissero di migliorare la relazione con il medico (87%), di risparmiare tempo (86%) e se permettessero di evitare di muoversi da casa, in condizioni di difficoltà (88%). Identificare e far leva sui principali driver consentirà di progettare e promuovere servizi in modo appropriato, trasformando la propensione mostrata dai pazienti in effettiva adozione.”

**Fascicolo sanitario elettronico** - Sebbene la disponibilità di informazioni sul FSE sia ancora limitata, aumentano i cittadini, intervistati in collaborazione con Doxa Pharma, che vi hanno fatto accesso (41% vs il 35% rilevato lo scorso anno), anche a fronte di una sempre crescente consapevolezza dei vari attori che entrano in contatto con il paziente e che possono suggerirne l'utilizzo,

oltre che a campagne informative mirate. A livello aziendale, invece, una percentuale ancora rilevante di strutture sanitarie non alimenta il FSE con i dati raccolti e spesso, quando queste informazioni sono rese disponibili, sono caricate in formato non strutturato. L'eterogeneità o addirittura la mancanza di soluzioni di supporto digitale dei processi clinici nelle strutture sanitarie, tra cui in primis la Cartella Clinica Elettronica, rimane quindi un ostacolo rilevante per una piena alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

**Intelligenza Artificiale** - Nei primi mesi del 2023 circa un medico su 10 aveva usato Chatbot basati su AI per ricercare informazioni scientifiche; a un anno di distanza, circa il 29% degli specialisti, il 34% degli infermieri e ben due terzi dei MMG affermano di aver utilizzato GenAI per tale scopo. “Una quota non trascurabile di cittadini che hanno utilizzato ChatGPT ha cercato informazioni su prevenzione e stili di vita (23%) problemi di salute (19%) o su farmaci e terapie (15%): è quindi fondamentale la sicurezza degli utenti nell'utilizzo di questi strumenti – afferma **Chiara Sgarbossa**, direttrice dell'Osservatorio Sanità Digitale -. Se lo scorso anno il fenomeno di ChatGPT assumeva quasi il carattere di bolla mediatica, oggi è ormai evidente come la sensibilità sul tema sia aumentata tra professionisti sanitari e cittadini. È inoltre molto elevato l'interesse dichiarato dai professionisti a utilizzare in futuro altre applicazioni di questa tecnologia, ad esempio come supporto alle decisioni cliniche e assistenziali o per la produzione di referti e di documentazione clinico-amministrativa”.

**Competenze dei cittadini** - Sono quattro le aree di competenze che il cittadino-paziente dovrebbe sviluppare per utilizzare in modo efficace gli strumenti di sanità digitale: Digital Literacy, competenze tecniche relative alle funzionalità degli strumenti digitali utilizzati (es. utilizzare lo smartphone, le App di messaggistica, ecc.). Digital Soft Skills, capacità necessarie per comunicare e condividere informazioni efficacemente attraverso canali digitali. Health Literacy, abilità necessarie per ricercare, elaborare e comprendere informazioni basilari per prendere decisioni informate sulla propria salute. eHealth Skills, competenze per utilizzare in modo autonomo e consapevole le tecnologie digitali nella gestione della salute personale. Il 64% dei medici specialisti e il 67% dei MMG e degli infermieri ritengono che per i propri assistiti sia prioritario lo sviluppo della Health Literacy, seguita dall'area delle Digital Soft Skills (circa il 60% dei professionisti). Anche gli stessi cittadini identificano queste come le aree più critiche, per le quali dichiarano ad oggi le lacune più significative.

“Nonostante i gap formativi da colmare, gli italiani sottolineano la volontà di utilizzare sempre di più il digitale come canale preferito per accedere ai servizi sanitari (72%) - afferma **Emanuele Lettieri**, responsabile scientifico

dell'Osservatorio Sanità Digitale -. Insieme al canale online, primeggia anche la farmacia (72%), seguita da altri luoghi vicini al domicilio (es. uffici postali, banche, ecc.) (48%). Avere a disposizione in modo sempre più ricco e completo l'accesso ai servizi sanitari direttamente "a casa propria" o vicino ad essa, risulta una condizione ritenuta sempre più essenziale dai cittadini italiani. È auspicabile che proprio questa spinta, unita a una crescente consapevolezza della improrogabile necessità di andare verso una sanità economicamente e socialmente sostenibile, possa portare il nostro Paese verso un'adozione più decisa e coerente di un modello di Sanità connessa".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**23** mag  
2024

## IMPRESE E MERCATO

S  
24

# Albero (Assosalute): dialogo con farmacisti e medici di famiglia, ampliare l'offerta dei medicinali da banco

L'Assemblea di Assosalute, l'Associazione nazionale farmaci di automedicazione, parte di Federchimica, ha eletto alla presidenza Michele Albero (Perrigo Italia).

Le imprese aderenti ad Assosalute rappresentano oltre il 70% del mercato dei farmaci da banco – specialità medicinali acquistabili senza obbligo di ricetta medica e riconoscibili grazie al bollino rosso posto sulle confezioni – per un giro d'affari di oltre 3 miliardi di euro nel 2023.

Michele Albero succede a Salvatore Butti, che ha ricoperto il ruolo di presidente nel triennio precedente.

“Sono onorato di essere stato eletto come presidente di Assosalute - ha affermato Albero - un soggetto autorevole nel settore del farmaco, che rappresenta anche un importante interlocutore delle Istituzioni su dirimenti temi di politica sanitaria e farmaceutica. Intendo proseguire l'attività dell'Associazione anzitutto valorizzando, in tutte le sedi opportune, il ruolo dei medicinali da banco quale presidio quotidiano della salute delle persone e risorsa da valorizzare per la sostenibilità ed equità del Servizio sanitario nazionale”.

Tra le linee guida tracciate dal presidente sono centrali il dialogo anzitutto

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



con i farmacisti e poi con i medici di famiglia, primi interlocutori del cittadino in tema di salute, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale e il rinnovo della governance farmaceutica.

Uno dei temi chiave dell'agenda del presidente sarà l'ampliamento dell'offerta dei farmaci di automedicazione attraverso lo switch farmaceutico, obiettivo perseguibile grazie alle competenze che, secondo Michele Albero "le persone hanno acquisito nell'uso responsabile dei farmaci, anche grazie al supporto del farmacista e del medico di famiglia. Oggi i tempi sono maturi per rivedere i prodotti disponibili sul mercato italiano e confrontarli con quelli di altri Paesi, non solo esaminando l'offerta terapeutica e i principi attivi disponibili senza prescrizione medica, ma anche valutando i dosaggi e le formulazioni dei farmaci da banco presenti altrove in Europa".

L'Assemblea, su proposta del presidente, ha eletto i vice presidenti che lo affiancheranno nel triennio 2024-2027: Silvia Clotilde De Micheli - Haleon Italy S.r.L. e Matteo Scarpis – Sanofi Consumer Healthcare Italia

Al termine dell'Assemblea, il Consiglio Direttivo ha eletto i due componenti il Consiglio di Presidenza: Adelaide Raia (Alfasigma) e Paolo Zotti (Reckitt Benckiser).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Assistenza in crisi Le segnalazioni a Cittadinanzattiva: nella Asl 3 per una cardio-Tac c'è posto a dicembre 2025

# Sanità, prenotazioni bloccate

Al Recup alcuni accertamenti diagnostici risultano non disponibili: liste d'attesa chiuse

di **Clarida Salvatori**

**T**empi di attesa ancora troppo lunghi per visite ed esami diagnostici negli ospedali e negli ambulatori pubblici del Lazio. Proprio come viene segnalato a Cittadinanzattiva (che per altro è componente dell'Osservatorio regionale del governo delle liste d'attesa, ripristinato

dal presidente Francesco Rocca) dagli stessi cittadini che incappano in questi ritardi. In alcuni casi è risultato persino impossibile prenotare: solo per fare qualche esempio, le liste risultano essere chiuse nella Asl Roma 6 per la polipectomia endoscopica dell'intestino, così come nella Asl Roma 4 per chi vo-

lesse prendere appuntamento per una prima visita neurologica.

continua a pagina 2

Altrove l'esame non è neanche prenotabile, come pure gli ecodoppler. Per una colonscopia primo appuntamento a marzo dell'anno prossimo

## Asl 3, cardio-Tac solo a dicembre del 2025

SEGUE DALLA PRIMA

**L**o stesso problema si è presentato anche a chi nella Asl Roma 2 deve essere sottoposto a una cardio-Tac con mezzo di contrasto e, dopo essersi rivolto al Recup, si è sentito dire che non è prenotabile. Va meglio (ma non troppo) per chi per lo stesso accertamento ha tentato nella Roma 3: con ricetta D (differita, quindi con accertamenti diagnostici da eseguire entro 60 giorni), ha trovato il primo posto disponibile soltanto a dicembre 2025. Persino per chi ha esenzioni (la Eo3, per titolari di pensione sociale) ingresso

sbarrato per un ecodoppler e una angiocardioscintigrafia.

«La situazione dell'accesso alle prestazioni sanitarie appare costantemente la prima richiesta dei cittadini laziali ai nostri servizi - così Elio Rosati, segretario Cittadinanzattiva Lazio -. La Regione sta portando avanti un programma di reingegnerizzazione complessiva del sistema Recup con il coinvolgimento attivo e l'uso dell'informatizzazione utile a tenere sotto controllo i percorsi. Ma gli effetti di questo lavoro dovrebbero cominciare a mostrarsi entro la prossima estate. Il nostro compito continuerà a essere quello di pungolo, critica costruttiva e proposte».

Nel centro unico di prenotazione regionale, dal primo

gennaio sono entrate 2 milioni 200mila prestazioni dei privati accreditati (dato della prima settimana di maggio). Vale a dire circa il 45 per cento del totale delle loro agende, proprio come chiesto da Rocca. Presto per vederne ancora gli effetti sull'abbattimento dei tempi di attesa, che presumibilmente saranno concreti alla fine dell'anno. Eppure, agli occhi degli utenti poco è cambiato, se per una colonscopia il primo appuntamento utile negli ambulatori della Roma 5 è a marzo del 2025. Si arriva ai primi mesi del prossimo anno anche a Rieti per una visita gastroenterologica e a Frosinone per un controllo ginecologico con ecografia transvaginale. Nella Roma 6 poi con ricetta B (breve, da



svolgere entro 10 giorni) si arriva ad attendere fino ad aprile 2025 per una cine-risonanza magnetica del cuore, con e senza mezzo di contrasto.

Capitolo oculistica. Al Policlinico Umberto I, segnalano i pazienti a Cittadinanzattiva, tra la visita appena effettuata e l'intervento di cataratta passano 14 mesi. Mentre al Campus Bio-Medico accade che, dopo

aver fatto il controllo a fine 2022, si resta in lista per lo stesso tipo di operazione fino a febbraio 2024, quando però si viene contattati perché l'intervento agli occhi si potrà effettuare solo nel 2025. Cioè a quasi tre anni di distanza dalla diagnosi.

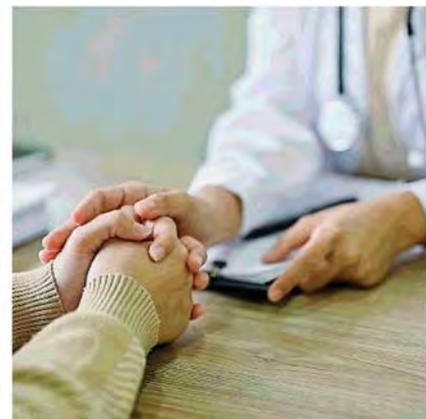
**Clarida Salvatori**

**Cittadinanzattiva**  
«Gli effetti del progetto della Regione non si faranno sentire prima della prossima estate»

**2**  
milioni  
200mila  
le prestazioni  
dei privati  
accreditati  
entrate  
nel Recup  
da gennaio



A sinistra una ambulanza mentre entra nel Policlinico Umberto I (foto Stefanelli/LaPresse)



Al centro la nuova Pet attiva nel Campus Bio-Medico a Trigoria. Di fianco una dottoressa rincuora una malata

BARTOLETTI (FIMMG)

«Se aumentano  
le visite, i tempi  
non si riducono»

a pagina 3

L'intervista

# «Aumentare l'offerta di visite non farà ridurre le attese dei malati»

Bartoletti (Fimmg): «Usiamo il metodo Toscana, lì funziona»

«Niente è cambiato, neanche nell'ultimo anno. I tempi di attesa sono sempre quelli. Ma non si può pensare che la situazione migliori facendo e rifacendo sempre le stesse cose proposte negli ultimi anni»: non ha dubbi Pier Luigi Bartoletti, vice segretario nazionale della Fimmg (Federazione italiana dei medici di medicina generale). «Il punto vero è limitare la domanda, non aumentare l'offerta ricorrendo ai privati».

**Ma come è possibile realizzare una «rivoluzione» simile?**

«Bisogna ragionare in maniera ingegneristica e indirizzare le persone segmentando le domande, perché per il paziente sarà sempre tutto urgente e da fare nel minor tempo possibile. Ma per come

stanno le cose oggi nel Lazio, non si fa neanche in tempo ad aumentare l'offerta che in un mese si satura tutto e siamo punto e a capo nella stessa condizione di prima».

**Cosa intende per segmentare le domande?**

«Distinguere. Nell'ottica di una patologia o di una diagnosi da fare, allora il paziente non dovrebbe aspettare: in questo caso deve esserci una presa in carico rapida e diretta. Per tutte le altre prestazioni non urgenti, per i controlli, entrerebbe in gioco il Recup. Oggi invece è tutto un grande calderone indifferenziato».

**Perché non si riesce a passare dalla teoria alla pratica?**

«Perché per realizzare un sistema simile servirebbe creare un network tra profes-

ionisti, in cui il medico di medicina generale possa contattare direttamente uno specialista e chiedere di prendere in carico il paziente, in modo da facilitare percorsi, accertamenti e diagnosi precoci. Non è utopia: in regioni come Toscana e Trentino questa rete già esiste e funziona».

**Quindi il problema delle liste d'attesa nel Lazio non si risolve con il privato?**

«La prima regola della sanità pubblica, per abbattere i tempi di attesa, ripeto, è razionalizzare la domanda e non aumentare l'offerta. Anche perché sarebbe come mettere vicini, in una gara, uno che corre e uno che cammina. Ovvio che il secondo non può tenere il passo. Senza parlare dell'aspetto pura-

mente economico».

**Che in una Regione con le casse in rosso conta molto.**

«Le rivoluzioni in sanità vanno fatte tenendo conto anche della sostenibilità economica. In questi ultimi venti anni sono stati buttati tanti di quei soldi, per esempio per iniziative come l'apertura degli ambulatori nel fine settimana o il recall telefonico per le prenotazioni che non hanno mai funzionato, eppure niente è mai cambiato».

**Cla. Sa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Sostenibilità

«L'apertura degli ambulatori nel fine settimana ha fatto solo sprecare tanti soldi»

La prima regola della sanità pubblica per abbattere i tempi di attesa è razionalizzare la domanda



Pier Luigi Bartoletti, 62 anni, vice segretario nazionale della Fimmg (Federazione italiana dei medici di medicina generale)



**CENTOMILA** nel 2023 hanno rinunciato a prestazioni sanitarie

## In Sardegna anche 300 giorni di attesa per un elettrocardiogramma

**N**on è una bella alternativa scegliere tra salute e pranzo o cena. Ma l'hanno dovuto fare circa centomila sardi (13,7% dei residenti) che nel 2023 ha rinunciato alle prestazioni sanitarie. Purtroppo non è una novità perché anche nel 2019, in era pre Covid, l'11,7% degli abitanti dell'isola aveva già disertato ambulatori medici (esclusi quelli odontoiatrici) e laboratori di analisi, fino a raggiungere il livello stellare, mai raggiunto in nessun'altra regione, del 18,3% registrato nel 2021.

Rispetto a quella stratosferica e drammatica percentuale c'è stato - guardando con gli occhiali rosa dell'ottimismo - un miglioramento di oltre 4 punti percentuali. L'ultimo report sul "Benessere equo sostenibile" bollina una situazione riscontrata da patronati, Caritas, soprattutto le famiglie dove pensioni e redditi sono al limite della sopravvivenza se non sotto la soglia di povertà relativa.

La causa di questo drammatico bivio è da ricercare soprattutto nei problemi strutturali del sistema sanitario sardo e nella povertà della gente. A volte tra le due emergenze c'è un rapporto di causa ed effetto. Senza soldi è difficile curarsi se il sistema sanitario pubblico costringe a liste d'attesa chilometriche oppure obbliga a improbabili trasferimenti da un capo all'altro dell'isola. "Basta, rinuncio", dicono gli anziani, categoria più a rischio per ragioni anagrafiche, sanitarie ed economiche. Lo scorso ottobre in qualche Asl per un elettrocardiogramma l'attesa era anche di 300 giorni; 320 giorni per un ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici. Scelta obbligata: attendere oppure mettere mano al portafogli e ricorrere alla medicina privata: ECG, visita cardiologica con eco cuore 140 euro. Spesa che mal si concilia con una pensione netta mensile

intorno a 850 euro, e anche meno.

Il portale statistico di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari delle regioni) conferma la riduzione delle prestazioni erogate: le visite di controllo erano state 64,45 per 100 abitanti nel 2019, calate a 42,19 nel 2022, con una riduzione, nel primo trimestre del 2023 pari a - 34,6% rispetto allo stesso periodo del 2019. "Da tanto, troppo, tempo denunciavamo - dice Alberto Farina, segretario regionale Fnp - che i sardi hanno perso il diritto alla salute. Un cittadino su cinque rinuncia a curarsi a causa delle lunghe liste d'attesa nella sanità pubblica e all'impossibilità di pagare le cure presso la sanità privata. Una situazione che potrebbe aver contribuito ad innalzare il tasso di mortalità, in Sardegna più alto che nel resto del Paese. Una possibile tragica congiunzione fra lunghe liste di attesa e povertà: 130 mila sardi vivono in stato di grave deprivazione".

All'inizio dello scorso gennaio la Cna sarda lavorando sul rapporto dell'Istituto Crea Sanità - un centro di ricerca che elabora annualmente un indice sintetico di performance dei sistemi sanitari regionali, in collaborazione con l'Università di Tor Vergata - ha presentato una situazione particolarmente complessa per la Sardegna, al quart'ultimo posto tra le regioni italiane per efficienza e dotazione in ambito sanitario. Con 2,8 posti letto in specialità ad elevata assistenza per 10 mila abitanti l'isola si colloca al secondo posto tra le regioni italiane meno dotate, peggio solo dell'Umbria (2,5). In Sardegna solamente l'1,7% degli anziani beneficia di interventi di assistenza domiciliare integrata. Il 14,8% dei pazienti sardi che nel 2022 aveva usufruito di un ricovero ospedaliero si è dichiarato poco o per

niente soddisfatto dell'assistenza medica: questa percentuale di insoddisfatti colloca l'isola al quarto posto dopo Calabria (17,8%), Lazio (17,7%) e Trentino (15,6%).

In Sardegna mancano all'appello 544 medici di medicina generale, una carenza che si sente soprattutto nei piccoli centri delle zone interne. I sindacati di categoria informano che entro 4 anni in Sardegna, per raggiunti limiti d'età, lasceranno il servizio oltre 500 medici di famiglia convenzionati. Attualmente in servizio poco meno di mille medici per una popolazione superiore a 1.400.000 abitanti in età non pediatrica. "Le chiediamo di intervenire, con politiche serie ed efficaci centrate sul territorio, per evitare che quasi metà dei sardi rimanga senza medico di famiglia", ha scritto il segretario Fnp Cisl Farina in una lettera-appello alla neo eletta Presidente Alessandra Todde che ha messo ai primi posti del suo impegno di governo l'emergenza salute. "La nostra priorità è quindi ristrutturare il sistema sanitario regionale sardo, ponendo la presa in carico della salute dei cittadini ed il loro percorso sanitario al centro. Vogliamo ottenere questo obiettivo - ha detto la Governatrice nel discorso programmatico della nuova Giunta - riorganizzando le Asl e le Aziende Ospedaliere, con l'ottimizzazione delle risorse, l'avanzamento nell'informatizzazione e nella digitalizzazione dei servizi, inclusa la telemedicina. Fondamentale è il rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio, migliorando l'accesso alle cure e costruendo una sanità più vicina alle comunità attraverso la creazione di Reti di Assistenza di Prossimità, valorizzando l'approccio "One health" e incentivando la collaborazione tra i vari settori per una sanità integrata e inclusiva".

**Mario Girau**

