

17 gennaio 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

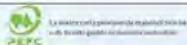
BZ Rebel Pay per you

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

Meno guida, più risparmio. L'RC Auto al Fun! BZ Rebel Pay per you



Mercoledì 17 gennaio 2024

NUMERO 14 - 14 MARZO €1,70

INTERVISTA AL PRESIDENTE DELLA CONSULTA

Barbera: va difeso il pluralismo della Corte

di Liana Milella

«Ma la Consulta è stata di una parte, Meloni non può fare lo spoils system». Così il presidente della Corte Costituzionale, Augusto Barbera, nell'intervista. «Trasformare la Consulta come accaduto in Polonia e in Ungheria non sarebbe possibile. Non lo consentono le norme della Carta e quelle ordinarie». Le riforme? «Sono necessarie, ma i premi di maggioranza non siano una truffa».

alle pagine 2 e 3



Augusto Barbera, presidente della Corte Costituzionale

Il caso

Veneto, beffa Pd niente fine vita e il centrodestra si spacca

dalla nostra inviata Brunella Giovara a pagina 7

Il dramma di Lodi

Processo ai social Spadaro: serve etica fragili a rischio



di Carra, Dazzi Gianni e Ziniti alle pagine 16 e 17

Noi schiavi e arrabbiati

di Daniela Hamau

I social network ci vogliono soli e arrabbiati. E anche se le due condizioni non sono di per sé intrecciate, lo diventano una volta che accendiamo il telefonino: il nostro isolamento spesso si trasforma in aggressività e ci allontana ancora di più dagli altri.

a pagina 26

LA CAMPAGNA PER LA CASA BIANCA

Trump scuote l'America

L'ex presidente vola verso la nomination repubblicana. In Iowa travolge la concorrenza, secondo DeSantis davanti a Nikki Haley Biden: "Lui è il candidato, dobbiamo fare qualunque cosa per sconfiggerlo". Nuovi raid Usa contro gli Houthi nello Yemen

A Davos, muro Ue all'export cinese. Zelensky: Putin un predatore

Il commento

Una nazione divisa

di Gianni Riotta

È ormai dal 2000 che i caucus, le assemblee dirette che fungono da primarie in Iowa, non sanno scegliere lo sfidante repubblicano per la Casa Bianca.

a pagina 27

dal nostro inviato

Paolo Mastrolilli

DES MOINES (IOWA) Non solo Donald Trump ha stravinto a valanga i caucus dell'Iowa, con una percentuale bulgara, ma andando a scrutare nei dati elettorali si scopre che ha battuto i presunti rivali anche tra indipendenti, studenti, laureati, evangelici, ossia tutti i gruppi su cui puntavano Haley e DeSantis.

alle pagine 10 e 11 con Basile servizi di Cafèri, Di Feo, Raineri e Santelli da pagina 12 a pagina 15

Altan

DOVE TI CREDI DI ANDARE? A DAVOS.



Bologna a 30 all'ora e la città si trasforma in una scuola guida

di Emilio Marrese a pagina 21

Cinque in condotta e al Tasso i papà scendono in lotta

di Di Paolo e Lupia a pagina 19

Sport

Roma sotto shock esonerato Mou De Rossi a tempo

di Paolo Condò



a pagina 34 con un servizio di Juric

Il prestigiatore e lo scoglio derby

di Gabriele Romagnoli

I rapporti tra Roma e almeno metà dei romanisti con Mourinho è stato lo stesso che il compratore ha con una barca. Ottiene, si dice, due giorni di felicità: quello in cui la prende e quello in cui se ne libera.

a pagina 35

PRIMI SINTOMI INFLUENZALI PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C. Raffreddore

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

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 (2)851
Roma, Via Campania 29 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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

DIEGO M

30

Limite di velocità
Bologna «rallenta»:
auto a trenta all'ora
di Riccardo Bruno
a pagina 27



Downing Street
Johnson studia
il ritorno da premier
di Luigi Ippolito
a pagina 19

OUTERWEAR
PASSION

Le spese militari
L'EUROPA
CHE NON SA
DIFENDERSI

di Ernesto Galli della Loggia

Per circa 70 anni — un tempo che con il ritmo attuale degli eventi può considerarsi lunghissimo — le democrazie europee continentali nate (o rinate) dopo la fine della Seconda Guerra mondiale hanno goduto di un privilegio straordinario. Il privilegio di poter rinunciare tranquillamente alle spese militari. Per capire di che cosa stiamo parlando bisogna pensare che nel periodo immediatamente precedente, cioè negli anni '20-'30 del Novecento, l'entità delle spese suddette ammontava mediamente al 10-15 per cento delle uscite nei bilanci dei Paesi del nostro continente. Dal 1945 in poi, invece, tranne il caso della Francia questa voce è praticamente scomparsa (l'Italia spende ancora oggi meno dell'1 per cento del proprio bilancio). Notissima è la ragione di questa svolta sorprendente. Sta nel semplice fatto che in sostanza a partire dal 1945 le spese per la difesa dell'Europa se le sono accollate gli Stati Uniti.

Anche in questo modo gli Usa e la Nato sono stati tra i grandi artefici del radicamento dei nostri regimi democratici nel dopoguerra. Per alcuni decenni, infatti, le spese per istruzione, sanità, pensioni e quant'altro hanno potuto espandersi senza problemi godendo della virtuale cancellazione delle spese per la difesa, assicurata dalla copertura militare americana. Per settant'anni, dunque, le classi politiche europee hanno potuto disporre di un ammontare di risorse da impegnare nella costruzione di quel Welfare utilissimo ad allargare il proprio consenso elettorale.

continua a pagina 30

GIANNELLI



Il governatore: «È una norma necessaria». Vertice Meloni-Salvini, ancora stallo sulle Regionali
Zaia bloccato sul fine vita

La legge veneta non passa. Giustizia, si alla Camera alla nuova prescrizione

di Martina Zambon e Cesare Zapperi

No, in Veneto, alla legge sul fine vita. La proposta viene bloccata da Fratelli d'Italia, Forza Italia, mentre la Lega si spacca. Il provvedimento non ha superato i primi due articoli base. «Ipocrita chi ha votato contro» il commento del governatore Luca Zaia. Il Veneto avrebbe potuto essere la prima Regione a legiferare sulla materia.

alle pagine 10 e 11

IL DDL AL SENATO
Autonomia,
scontro in Aula
Il Pd in piazza

di Adriana Logroscino

Iniziato in Aula l'iter di approvazione del decreto Calderoli sull'Autonomia differenziata. E se la maggioranza viaggia compatta (così come sul premierato), le opposizioni parlano di «becco barattolo» e al gran completo scendono in piazza a Roma per protestare.

a pagina 8 Arachi

Ciclone Trump, vittoria record in Iowa
E Biden avverte: «Temo bugie infinite»

NEL MAR ROSSO
Attacco Houthi
a una nave greca

di Davide Frattini

I ribelli Houthi hanno attaccato un cargo greco che stava navigando al largo delle coste dello Yemen. La nave è stata colpita da un missile. A bordo c'erano 24 uomini di equipaggio.

alle pagine 16 e 17 Nicastro

di Massimo Gaggi e Viviana Mazza

Donald Trump fa il pieno ai caucus in Iowa e parte benissimo per conquistare la nomination per i repubblicani. L'ex presidente vince in 98 delle 99 contee e ottiene il 51 per cento dei consensi, doppiando i rivali Ron DeSantis (21,2%) e Nikki Haley (19,1%). Joe Biden attacca: «Temiamo bugie infinite». Ma i guai giudiziari condizionano Trump.

alle pagine 2 e 3

COLLOQUIO CON ZELENKY

«Donald deve convincersi: Putin minaccia la Nato»

di Federico Fubini

I voci radicali dei repubblicani americani, dice Zelensky, «creano tensioni all'Ucraina. Alla gente nel mio Paese ogni parola può far male. Se Trump vince non può certo pensare di fermare gli aiuti a noi, perché dopo l'Ucraina Putin vorrà attaccare la Nato».

a pagina 5

Treviso L'uomo aveva avuto legami con la Mala del Brenta



Anica Panfile, uccisa a 31 anni nel maggio scorso, ha lasciato 4 figli. Nel fondo Franco Battaglia, 77 anni, arrestato per l'omicidio

Così fu uccisa Anica
La svolta: arrestato
l'ex datore di lavoro

di Denis Barea



Arrestato per omicidio il «re del pesce» veneziano, Franco Battaglia, 77 anni, in passato vicino alla Mala del Brenta. È stato lui, lo scorso maggio, a uccidere la sua ex domestica Anica Panfile, 31 anni, romena, e a gettare il corpo nel Piave.

a pagina 25

LUCARELLI CONTRATTACCA

La ristoratrice
e l'interrogatorio
Quei «non so»
sulla recensione

di Renato Franco e Andrea Galli

«Quel cliente esiste, ma non so chi sia», ha detto Giovanna Pedretti ai carabinieri che le chiedevano del post e delle tavolate in pizzeria. Ma rispondendo, si sarebbe mostrata incerta. Intanto Selvaggia Lucarelli difende il compagno Lorenzo Biagiarelli: «È l'unico ad avere detto la verità».

alle pagine 20 e 21 Cavalli
commento di Morvillo

CALLIPO E GLI SPARI MANTOSI

Il «re del tonno»,
le intimidazioni:
difendo l'azienda

di Carlo Macri

Colpi di pistola a Pizzo Calabro contro uno degli stabilimenti del re del tonno Callipo. «Hanno voluto dare una dimostrazione di forza — ha detto l'imprenditore — cercano un accordo sul prezzo da pagare. Ma io vado dai carabinieri e denuncio. Difendo l'azienda e da questa terra non me ne vado».

a pagina 23

Guidi poco? Con noi, l'RC Auto costa molto meno!
QR code
BE Rebel Pay per you

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini
Una delle categorie più instabili dell'umanità è il tifoso di calcio. Peggio ci sono solo i commentatori social capaci di passare dagli applausi agli insulti e dagli insulti alle lacrime senza neanche staccare le dita dalla tastiera. Ma dicevamo dei tifosi: puoi essere un allenatore idolatrato, se però perdi tre partite di fila, gli stessi che ti esaltavano cominceranno a chiederti la tua testa. Poi ti rimpiangeranno, ma sul momento la tua cacciata viene vissuta come un atto necessario, purificatorio. È sempre andata così, fino a ieri, quando la Roma degli americani ha esonerato Mourinho. Esistevano tutte le motivazioni che si adducono in questi casi perché i tifosi approvassero il verdetto: la squadra è messa male in classifica e pure in campo, avrebbe urgente bisogno di una

Il carismou
scossa. Invece gran parte della tifoseria si è schierata col guru in disgrazia, senza lasciarsi ammansire nemmeno dalla furbata di sostituirlo con una bandiera del club come De Rossi. Mourinho è un allenatore a fine carriera, reduce da altri esoneri e sorpassato persino nella comunicazione: la simpatica insolenza, con cui ci deliziò ai tempi dell'Inter, nel mondo di Instagram fa quasi tenerezza. Non ha più molto da dire, Mou. Una cosa gli resta, una sola, che però vale più di tutte le altre: il carisma. Quell'aura magica che incute soggezione e trasmette sicurezza, senso di inesorabilità. È di quell'aura che i tifosi della Roma si sentono orfani. Ed è a quell'aura che stanno rendendo doverosamente omaggio.

IL GIALLO MONDADORI
ANTONIO MANZINI
TUTTI I PARTICOLARI IN CRONACA
MONDADORI

IL CAMPIONATO

Vlahovic e Chiesa, 3-0 al Sassuolo la Juventus ora spaventa l'Inter

ANTONIO BARILLA, NICOLA BALICE - PAGINA 94



LASTORIA

Mourinho re degli sciupasquadre alla Roma arriva Capitan De Rossi

MATTEO DE SANTIS E GIULIA ZONCA - PAGINE 36 E 37



LA STAMPA

MERCOLEDÌ 17 GENNAIO 2021



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 € N.18 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV.IN.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



INTERVISTA ALLA MINISTRA DEL LAVORO NEL GIORNO DEL DECRETO SALVA-ILVA: TUTELEREMO TUTTI, ANCHE L'INDOTTO

Calderone: "Riapriamo il cantiere pensioni"

IL DIBATTITO

Si alla patrimoniale ma non sugli immobili

PALLANTE, TERNA, TOGATI*

In Italia la necessità di un'imposta patrimoniale dovrebbe risultare ovvia a livello di buon senso. E palesemente necessario rilanciare lo Stato Sociale. - PAGINA 27

PAOLO BARONI



Sull'ex Ilva azioni a salvaguardia del bacino di occupati del gruppo. - PAGINA 9 BARBERA E GRASSIA - PAGINA 8

LA GIUSTIZIA

"Pozzolo incauto" Tolto il porto d'armi

Mauro Zola

L'ideologia dell'abuso d'ufficio

Massimo Adinolfi

LA POLITICA

Fine vita, stop in Veneto ma Zaia ora è più forte

FLAVIA PERINA

La ribellione di Zaia si accende dove meno ce lo aspettavamo: nel dibattito su un tema che la politica ha evitato di affrontare per anni: il fine vita. MOSCATELLI E RUSSO - PAGINE 12 E 13

IL REPORTAGE

Nella Suburra di Alex tra agguati e pusher la rabbia delle maestre "Lo Stato ci ha lasciati"

VALENTINA PETRINI



A Roma si spara. Si muore a 14 anni, come è accaduto ad Alexandru Ivan, raggiunto da un colpo di pistola nel piazzale antistante una fermata della metro Pantano, capolinea sud della linea C della metropolitana. Due giorni dopo si spara al Corviale. - PAGINA 21

SI ALLARGA IL CONFLITTO. L'ALLARME DEI GRANDI DELL'ECONOMIA A DAVOS: CON SUEZ BLOCCATO RISCHIO RECESSIONE

Gaza, l'Iran sfida gli Stati Uniti

Raid in Iraq e Siria: "Abbiamo colpito anche il Mossad". Blitz dei Navy Seals nel Mar Rosso

FABRIZIO GORIA E FRANCESCO SEMPRINI

Le forze speciali Usa entrano in azione al largo del Corno d'Africa per stroncare un traffico di armi dirette in Yemen, gli Houthi proseguono la campagna di destabilizzazione nel Mar Rosso. L'Iran colpisce in Iraq una cabina di regia del Mossad e una rappresentanza diplomatica americana. - PAGINE 2 E 3

L'ANALISI

TENAGLIA PASDARAN CONTRO ISRAELE

GIORDANO STABILE

La mancanza di profondità strategica era una delle principali ragioni che spinsero Israele alla guerra lampo del 1967. Impossibile difendere un Paese largo in alcuni punti appena una trentina di chilometri. Le Alture del Golan a Nord, la Valle del Giordano a Est, il Sinai a Sud, presi in appena sei giorni, avrebbero dovuto costituire una barriera sufficiente. Ma la profondità dello Stato ebraico si estendeva anche oltre i nuovi territori conquistati. Un asset strategico era il Kurdistan iracheno, in quegli anni in lotta contro il regime baathista di Baghdad, di fatto indipendente sotto la guida del leggendario Mustafa Barzani. - PAGINA 2

LA GEOPOLITICA

IL NUOVO DISORDINE DEL MONDO IN CRISI

ALAN FRIEDMAN E VITTORIO E. PARSÌ

«Le idee hanno sempre conteso. Che cosa sarebbe stato l'impero Romano se i Romani non avessero avuto una loro concezione del mondo e del loro posto nel mondo?», dice il politologo Vittorio Emanuele Parsi a colloquio con Alan Friedman. Duemila anni dopo, paradossalmente noi abbiamo riservato questa centralità del ruolo delle idee alla particolare configurazione della leadership americana, nel secolo americano. Per la struttura democratica di potere domestico americano, per il ruolo importante che i media giocavano nella società americana era molto evidente come conquistare innanzitutto la leadership delle idee fosse la cosa più importante». - PAGINE 20 E 23

STRAVINCE IN IOWA E IPOTECA LE PRIMARIE REPUBBLICANE

Sta tornando Trump

ALBERTO SIMONI



Perché l'inflazione aiuta Donald

STEFANO LEPRÌ

Disuguaglianze sociali che crescono, o restano ampie, troppe famiglie povere in difficoltà. - PAGINA 27

ANDREA WHITMAN/AP

I SOCIAL

Se Giovanna è vittima delle buone intenzioni

SIMONETTA SCIANDIVASCI

Pensati arma. Fucile, mitragliatrice, bomba H: qualcosa di pericoloso in sé, che fa male sempre. E tenendo questa cosa in testa, nel cuore e nella pelle che dovremmo camminare, comunicare, amare. SERRA - PAGINA 19



LA SALUTE

Umanità e ricerca così si salva la Sanità

MARIELLA ENOC

Esiste una fascia di popolazione povera di salute, penso per esempio alle disabilità psichiche soprattutto nei giovani a cui non si sta rispondendo. Penso all'aumento degli anziani. - PAGINA 18



BUONGIORNO

Qualche anno fa ho lasciato su Tripadvisor la mia prima e unica recensione: era di un ristorante di un amico. Recensione benevola. Molto. Da allora gli algoritmi mi esortano vanamente a riprendere l'attività, e del resto Tripadvisor nemmeno lo leggo dalla volta in cui, non ricordo più in quale località turistica, mi indicò come ristorante più quotato una spelunca pestilenziale. Il conto assommò a poco più di una mancia anche perché diciamo che l'appetito non veniva mangiando. Ma le recensioni erano tante e talmente entusiastiche che si poteva configurare l'associazione per delinquere. Il debunker - il demistificatore di bufale - è una figura nobile. Ricordo Paolo Attivissimo, magnifico nello smontare le teorie del complotto sulle Torri Gemelle. Ma il debunker applicato a Tripadvisor, come si è visto in questi

giorni, e con conseguenze tragiche, è un bambino in un negozio di caramelle. L'intero internet è un paradiso di mentitori: gente che si scrive da sola la biografia su Wikipedia, giovani registi che sotto falso nome chiamano capolavoro il loro film d'esordio, anni fa in uno stupendo pezzo Andrea Minuz raccontò di prostitute che su Escort Advisor magnificavano il loro estro d'alcolva spacciandosi per clienti di sé. Metà di quello che si scrive è falso - e l'altra metà non è tanto vero - ma spesso è un falso autentico: Chiara Ferragni vendeva a prezzi da Chianti la sua bottiglietta d'acqua, ed era appunto acqua fresca venduta per acqua fresca (la mia preferita resta Gwyneth Paltrow con la candela al profumo di vagina: andata a ruba). Ed era qui che dovevano fiorire i falsari fra i falsari: i mercanti della morale.

I falsari

MATTIA FELTRI



PRIMI SINTOMI INFLUENZALI

PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.

Vivin C agisce rapidamente contro il raffreddore e i primi sintomi influenzali. Con Vitamina C per la difesa immunitaria.

RAFFREDDORE

VILLA MAFALDA
ASSISTENZA MEDICA H24
villamafalda.com

Il Messaggero

VILLA MAFALDA
ASSISTENZA MEDICA H24
villamafalda.com

€ 1,40 ANNO 140,00
Spese di AP 0,35/0,00 come L.46/2009 art.1 c.103/09

NAZIONALE



Mercoledì 17 Gennaio 2024 • S. Antonio abate

IL GIORNALE DEL M.

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

Ma arriva la legge
Pene più severe
per l'abbandono
e i maltrattamenti
degli animali

Troili a pag. 13



Francini e Frassica nel cast

Torna Pieraccioni
«Film sentimentale,
non sembra mio»

Satta a pag. 20



Venerdì c'è l'Inter
Lazio in Arabia
per la Supercoppa
Lotito deve blindare
Zaccagni e Provedel

Abbate e Marcegelli nello Sport



Verso le Europee
I giovani
e la politica,
quei limiti
da rimuovere

Paolo Balduzzi

Quelle di giugno saranno le decime elezioni europee per i Paesi membri dell'Unione sin dal 1979, anno della prima legislatura del Parlamento europeo. Attualmente, l'interesse principale dei leader di partito, tanto nella maggioranza quanto nell'opposizione, sembra essere quella di annunciare o meno la propria candidatura: Conte e Salvini no, Schlein e Meloni (forse) sì. Appassionante, e lo si scrive senza ironia: ma solo per gli amanti del genere.

Gli altri, che sono la maggioranza dei cittadini, è già tanto se si scomoderanno per andare a votare: furono l'86% gli aventi diritto che lo fecero nel 1979, crollarono al 56% quarant'anni dopo, nel 2019. Non va meglio guardando ai dati medi europei: nel 1979 votò il 62% degli aventi diritto, nel 2019 poco più del 50%.

Come invertire questa tendenza? Mentre a Bruxelles, per sensibilizzare i più giovani al voto, qualcuno pensa di coinvolgere influencer e altri idoli giovanili, come per esempio la cantante statunitense Taylor Swift, ecco che il Parlamento italiano avrebbe una grande occasione per fare qualcosa di davvero innovativo, almeno sul panorama nazionale. E cioè abbassare le soglie di elettorato attivo e passivo esclusivamente per questo tipo di elezioni.

Al momento, come dovrebbe essere noto, si può votare a partire dai 18 anni e candidarsi a partire dai 25 anni. Per un italiano questa è la cosa più normale al mondo. (...) Continua a pag. 23

Ilva, decreto per il commissario

► Rottura con ArcelorMittal, pronta la Cig per i lavoratori. Azovstal rinasce a Piombino
► Pnrr, avviso del governo a Pa e sindaci: chi non realizza i lavori rimborserà la Ue

ROMA Arriva un decreto del governo ad hoc per il commissariamento dell'ex Ilva, rottura con ArcelorMittal. Pnrr, chi non realizza i lavori dovrà rimborsare. Alle pag. 2, 3 e 5

I tifosi spiazzati. L'ex capitano firma fino a giugno: «Alibi finiti»

Friedkin licenzia Mou La Roma a De Rossi



Il cuore
Arrivederci José
era amore vero
Enrico Vanzina

Penso di parlare a nome della maggioranza (...) Continua a pag. 23

José Mourinho, 60 anni, ha debuttato sulla panchina della Roma il 19 agosto 2021. A fianco il nuovo tecnico Daniele De Rossi, 40 anni (LMB/UTET) Nello Sport

La classifica
Troppi lamenti
e pochi punti
Andrea Sorrentino

Anche se già parecchi club, negli ultimi anni, (...) Continua a pag. 23

In un Dpr le tabelle nazionali per i danni

Rc auto, approvate le nuove regole
risarcimenti uguali in tutta Italia

ROMA Una riforma attesa da 18 anni per mettere ordine nel settore dei risarcimenti danni non patrimoniali derivanti da lesioni gravi da circolazione stradale. Rc auto, cambiano le regole.



le stessi risarcimenti in tutta Italia e stop alla babele dei tribunali. È arrivato il via libera del governo alla Tabella unica nazionale per i criteri di valutazione del danno. Di Branco a pag. 2

Da Alex al nigeriano, la Capitale che spara per il traffico di droga

► Tre conflitti in tre giorni, tutti causati da liti legate allo spaccio. Allarme in Campidoglio

Camilla Mozzetti

Ultimo, in ordine di tempo, è un ragazzino di 17 anni, colpito al gladio destro probabilmente da una calibro 7,65. Un avvertimento fra quelle strade di Anzio - litorale romano - dove la droga, per quanto ne venga quotidianamente sequestrata, non manca mai. Da Alex al nigeriano, tre conflitti in tre giorni: omicidi e gambizzazioni per il controllo del traffico di droga. Allarme in Campidoglio. A pag. 11

Il suicidio a Lodi

«Hater, l'ossessione della mia Giovanna»
L'ira del marito

dalla nostra inviata

Claudia Guasco
SANT'ANGELO LODIGIANO
Il sostegno e l'affetto dei tanti amici e clienti storici della pizzeria "Le Vignole" non sono bastati. A pag. 12

Gli yemeniti attaccano una nave greca, risposta americana. Si muove la Ue Mar Rosso, nuovo raid Usa sugli Houthis

ROMA Il Mar Rosso si infiamma, al cargo greco colpito da missili partiti dallo Yemen ha fatto seguito un nuovo raid degli Usa sulle postazioni Houthis. E mentre l'Iran colpisce in Iraq e Siria, la Ue si muove per organizzare una missione navale nell'area: primo via libera all'impiego di tre navi militari. Intanto la galassia scita in Medio Oriente ha deciso di aumentare la pressione nei confronti dell'Occidente. E di farlo con una manovra a tenaglia che da sud, in Yemen, arriva a nord fino al cuore dell'Iraq per poi allargarsi al Mediterraneo orientale fino all'Asia centrale. Rosana e Vita a pag. 9

In Iowa va oltre il 50%: distacco mai visto
Trump, debutto da record nelle primarie
L'investitura di Biden: sarà lui a sfidarmi



Angelo Paura
Quella di lunedì notte per Donald Trump è stata definita da tutti i commentatori una vittoria decisiva. L'ex presidente ha infatti superato il 50% delle preferenze degli elettori del caucus dell'Iowa, uno stato rurale e poco popolato, molto conservatore ma da sempre decisivo nelle primarie. A pag. 10

Il Segno di LUCA

CANCRO. LE COSE SI SISTEMANO

La Luna agisce come un radar e favorisce la tua ispirazione nel lavoro, permettendoti di dare il massimo senza stancarti. Ti aiuta a riparare quello che era andato storto, trovando il modo giusto per ripristinarne il funzionamento e trasformare quello che era un punto debole in un punto di forza. Per dargli il meglio, rimani aperto alle collaborazioni e alle proposte che ti arrivano dagli altri. È un periodo incentrato sullo scambio. MANTRA DEL GIORNO Il sonno perso non si può recuperare.

L'oroscopo a pag. 23

HAI SCRITTO UN LIBRO?
INVIAMI IL TUO INEDITO ENTRO IL 29/01/2024
inediti@gruppoalbatros.com
www.gruppoalbatros.it
Maria Soccorso Parisi
DOPPIO LEGAME
Romanzo giallo
Un nuovo caso per il Commissario Francesco "Ciccio" Vitale. Don Michele Piscotta, facoltoso imprenditore, viene ucciso nella notte nella sua villa. Esclusa la rapina, è evidente dal sopralluogo che la vittima conosceva l'aggressore. È l'inizio di un'inchiesta tra imprenditori, operai, poliziotti, prostitute, insegnanti e malviventi.
Albatros Il Filo

* Tandem con altri quotidiani nei rispettivi dipartimenti: con la grafica di Mimma Lucio, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia e 1.20.16, la domenica su www.ilmessaggero.it. I AD: M. Biondi, il Messaggero - Giornale dello Sport, Stefano E. 1.48, nel Palazzo, il Messaggero - Prima Pagina. Note: € 1,50 nella versione di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport, Stefano E. 1,50.



Mercoledì 17 gennaio 2024 ANNO LVIII n° 14 1,50 € Sant'Antonio

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Per le donne, non è utopia ADEGUATA PROTEZIONE

ANTONELLA MARIANI

La violenza maschile contro le donne non è mai un fatto privato. Nemmeno quando si consuma all'interno di una singola abitazione: rispecchia un *subito*, una ferita che ha le sue origini in retaggi culturali residui in alcuni Paesi ed endemici invece in altri, ma che in ogni caso fanno della vittima o sopravvissuta un soggetto che ha diritto ad adeguata protezione da parte dell'intera comunità. La sentenza con la quale la Corte di Giustizia Europea, emanazione della Ue con sede in Lussemburgo, ha stabilito questo principio è un passo avanti nella consapevolezza dell'oloso fenomeno della violenza di genere. Il caso è quello di Iina (nome di fantasia), cittadina turca di origine curda costretta dalla sua famiglia a sposarsi con un uomo non scelto da lei, picchiata e minacciata dal marito a tal punto da dover fuggire all'estero. Riparata in Bulgaria e temendo per la propria vita in caso avesse dovuto far ritorno in patria, Iina ha chiesto di godere di protezione internazionale. Il giudice bulgaro nell'aprile scorso si è rivolto alla Corte di Giustizia della Ue per dirimere la questione. Ieri la risposta: le normative che regolano la concessione dello status di rifugiato, in subordine, della protezione sussidiaria devono essere applicate ai casi di violenza contro le donne. O meglio: la violenza di genere viene riconosciuta come una fattispecie della più ampia categoria, già prevista, della persecuzione. In altre parole, le donne devono essere considerate appartenenti a un "gruppo sociale" e come tali, nel loro insieme, possono beneficiare dello status di rifugiato quando dimostrano di essere esposte nei loro Paesi d'origine, proprio in virtù dell'appartenenza al genere femminile, a violenze fisiche o mentali, incluse le violenze sessuali e domestiche.

continua a pagina 16

Editoriale

Un rilancio culturale della sanità PRENDERCI CURA ATTO POLITICO

MARIELLA ENOC

Il Sistema sanitario nazionale rimane un vanto del nostro paese e la ragione di orgoglio mondiale ma ha l'urgenza di essere rivisitato. Esiste una fascia di popolazione povera di salute. Penso per esempio alle disabilità psichiche soprattutto nei giovani a cui non si sta rispondendo, o all'aumento degli anziani con le loro inevitabili patologie, o alle malattie degenerative cronizzate. Ci sono poi molte persone che non riescono a curarsi perché persino il pagamento di un ticket può costituire un problema; altri ancora hanno difficoltà di accesso ai servizi, o subire lunghe liste d'attesa. Nello stesso tempo esiste una ricerca scientifica che ha fatto passi da gigante con una nuova diagnostica e nuove terapie. Certo occorre essere sostenibili, occorrono risorse ingenti nel campo sanitario. Tuttavia la nostra urgenza è più di natura culturale che finanziaria, occorre puntare su un modello organizzativo che scommetta sulla medicina di prossimità e sui territori come luoghi di relazione di cura come è stato in passato. La nuova sanità dovrà essere presente sul territorio in un modo nuovo, meglio organizzato e integrato con i percorsi, i servizi e le competenze delle strutture ospedaliere. Altrimenti l'efficienza del solo privato e la agenziazione della prossimità di cura rischiano di trasformare la medicina in un privilegio per pochi e non un servizio per tutti. Una politica responsabile ha il compito di prevenire come ha fatto Tina Anselmi, la prima donna ministro della Salute, quando nel 1978 è battuta per il Servizio sanitario nazionale che permette a tutti di curarsi. E per scelte fondate sulla solidarietà che in Italia un vaccino o un esame medico è a carico dello Stato.

continua a pagina 16

IL FATTO Open Doors: sono 365 milioni i cristiani perseguitati nel mondo, la cifra più alta degli ultimi 31 anni

La fede nel mirino

Le nazioni più "calde" salgono da 11 a 13, in cima alla lista Nord Corea, Somalia e Libia. Sulle discriminazioni sentenza della Corte europea: asilo per le donne a rischio di violenza



MEDIO ORIENTE Nuova tensione innescata da Teheran: una minaccia esplicita

L'Iran colpisce in Siria e Iraq

L'Iran entra a viso scoperto nello scontro, il puzzle mediorientale si complica e si concretizza. Il rischio di escalation, Teheran ha colpito direttamente, l'altra sera, in Iraq e in Siria. Teheran parla di rappresaglia per l'attentato di Kermal, che il 3 gennaio fece 94 vittime e fu rivendicato dal Daesh dietro il quale "vede" gli arcinemici Usa e Israele. Il raid è stato condotto su Hawke, vicino a Erbil, con 11 missili balistici che hanno ucciso almeno 4 civili tra cui un bimbo di 11 mesi.

Brogi e Carminati a pagina 2

Un cristiano su sette, nel mondo, è vittima di gravi persecuzioni. In totale, su scala globale, sono 365 milioni, la cifra più alta degli ultimi 31 anni. E quando emerge dal nuovo rapporto Open Doors, relativo al periodo ottobre 2022/settembre 2023, al primo posto della tragica lista degli Stati più pericolosi per le Chiese c'è ancora la Corea del Nord, seggono tre Stati africani (Somalia, Libia ed Eritrea), poi Yemen e Nigeria, al sesto posto con 4.118 assassinati e oltre 3.900. L'Iran è sceso al nono, non, però, a causa di cambiamenti positivi all'interno bensì per il peggioramento dello scenario degli Stati che lo precedono, mentre un caso peculiare è quello nicaraguense: la campagna d'odio di Daniel Ortega ha fatto schizzare il Paese dalla 50esima alla 30esima posizione. Intanto, in tema di discriminazioni, è ieri la sentenza della Corte Ue: «L'Europa concede l'asilo alle donne a rischio di violenza».

Servizi alle pagine 3 e 11

I nostri temi

ANALISI Maternità, la crisi è anzitutto nei rapporti di coppia

MASSIMO CALVI

La maternità è *cool*? C'è è alla moda, affascinante, di tendenza? Negli ultimi tempi se ne è parlato molto, dopo che la parlamentare di Pd Lucia Mannino ha indicato la necessità per le madri di riconoscere alle figlie che la loro «prima aspirazione deve essere quella di essere mamma» e fare in modo che la maternità torni *cool*.

A pagina 17

CASO RISTORATRICE Tutti accusano Ma le colpe sono di ognuno

GIOIA RANCILIO

Comunque la si giri, questa è una brutta storia. Signa di colpevoli che fingono di non avere colpe e di accusatori pronti a indicare la trave negli occhi degli altri dimenticando di averne una più grande nel proprio. Il risultato è un tutti contro tutti dove non si salva nessuno.

A pagina 17

DIRITTO ALLA CASA

Ferrara, sindaco all'attacco dell'arcivescovo sui migranti

Nuovo attacco del sindaco di Ferrara, Alai Fabbri, all'arcivescovo Giancarlo Perego, che aveva criticato le regole del Comune sull'assegnazione delle case popolari. «Discriminazione tutti i nuovi arrivati, anche gli italiani di altre regioni».

Lambruschì a pagina 10

IN AVVIA Dopo sei ore di discussione, per un voto il consiglio boccia la proposta sul suicidio assistito

Veneto, il fine vita non passa

Vince l'asse Fi-Fdi con parte della Lega. Zaia: la legge stabiliva solo tempi e modi delle cure

Il Veneto non sarà la prima Regione a legiferare sul suicidio medicamentoso assistito. Il Consiglio ha infatti bocciato - dopo 6 ore di confronto intenso - il Pd 217 di iniziativa popolare sulle "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicamentoso assistito". 25 i voti a favore (del presidente

Luca Zaia, di parte della Lega e del centro-sinistra, con l'astensione nel Pd). 22 i contrari (Pd, Forza Italia e la parte rimanente della Lega e dei consiglieri aziani), e 3 astensioni (due della Lega) che equivalgono ad altrettanti no. Un consigliere era assente. Non è scattata la maggioranza richiesta di 26 consensi.

Dal Mas, Ogibbene e Palmieri a pagina 5

SCUOLA / IL MESSAGGIO

Ora di religione per l'84% dei ragazzi I vescovi: «Abbiamo fiducia in voi»

Lenzi

a pagina 4

L'ECONOMIA CIVILE

Abigail Disney: mutiamo sistema

Molinari nel dossier allegato



FUTURO INCERTO

Universitari a rischio ansia e depressione

Ceredani a pagina 7

TUNISIA E LIBIA

Settantadue dispersi in due naufragi

Fasini a pagina 11

Ofelia

Diego ne aveva sette come noi, ma non giocava con la nostra banda, ma non giocava con la nostra banda, ma non giocava con la nostra banda. Figlio unico, timido, restava sempre nel suo cortile, vicino a sua madre, nella casa bianca appena più in alto della nostra, sulla strada verso il monte Faloria. Un giorno Diego partì per la colonia estiva al mare. Vidi passare un pullman carico di bambini che dai finestrini facevano ciao. Diego però era così legato alla mamma che piangeva, e non voleva andare. Un mezzogiorno in spiaggia, all'appello per rientrare in colonia, non rispose. In quella torma di bambini chiassosi e felici nell'acqua forse si era allontanato? A sera, il

mare ne restituì il corpo. Al funerale, in paese, c'erano tutti i bambini e tutte le mamme di paese, in un corteo interminabile, muto. Ofelia, già vedova, era la prima, sola. La sua faccia ancora giovane impietrita, assorta in un inafferrabile oltre. Come le avessero strappato l'anima e lasciato solo il corpo, in una pura apparenza. Ogni mattina scriveva verso il cimitero con le rose del suo giardino, per Diego. La vedevamo dalla cucina: «C'è Ofelia», dicevamo, e zittivamo. Aveva negli occhi uno squarcio di dolore nero come certi crepacci delle Dolomiti, esposti a nord, dove il sole non arriva mai. Pareva impossibile avvicinarsi a lei, Ofelia con il suo bel viso di marmo, né giovane né vecchia, straniera ormai al tempo che scorreva.

Facce Maria Corradi

Agorà

DIALOGO

San Francesco insegna: il Vangelo è incontrarsi per parlare di pace

Pizzaballo a pagina 20

CINEMA

"One life", Winton e quei bambini salvati dalle guerre

Castellani a pagina 22

CALCIO

Mourinho: arrivederci Roma. Al suo posto arriva De Rossi

Zara a pagina 23



IL RAPPORTO SULLA MIGRAZIONE SANITARIA 2021

Per curarsi si va a Nord. Gimbe: e l'autonomia amplierà il gap

L'autonomia differenziata «rischia di ampliare il gap tra Nord e Sud sulla sanità». Nel giorno dell'avvio della discussione in Aula al Senato sul ddl Calderoli, la Fondazione Gimbe ribadisce la richiesta che la tutela della salute «venga espunta dalle materie su cui le Regioni possono chiedere maggiori autonomie». Se ciò non avverrà, sottolinea il presidente della Fondazione, Nino Cartabellotta, «in sanità si legitimerà normativamente il divario Nord-Sud, amplificando le inaccettabili disuguaglianze nell'esigibilità del diritto costituzionale alla tutela della salute».

L'occasione per lanciare un nuovo allarme è stato il rapporto 2021 della stessa Fondazione sulla mobilità sanitaria, ossia della fuga di molti italiani per curarsi da Sud a Nord. Un fenomeno che conferma il divario tra i servizi sanitari di meridione e settentrione, e che vale ben 4,25 miliardi di euro, il 27% in più del 2020. Anno, quest'ultimo, peraltro influenzato dall'emergenza pandemica Co-

vid-19 che «ha determinato una netta riduzione degli spostamenti delle persone e dell'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali». Dalla fotografia della migrazione sanitaria nel 2021, emerge che Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto raccolgono il 93,3% del saldo attivo, cioè l'attrazione di pazienti provenienti da altre regioni, mentre il 76,9% del saldo passivo (la

“migrazione” dei pazienti dalla regione di residenza) si concentra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.

«Le nostre analisi - osserva Cartabellotta - dimostrano che i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, in particolare verso le regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il Governo per la richiesta di maggiori autonomie. E che oltre la metà del valore del-

le prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale vengono erogate dal privato accreditato, ulteriore segnale d'indebolimento

della sanità pubblica». In particolare, accanto a regioni dove la sanità privata eroga oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva - Molise (90,5%), Puglia (73,1%), Lombardia (71,2%) e Lazio (64,1%), ci sono regioni dove le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità: Valle D'Aosta (19,1%), Umbria (17,6%), Sardegna (16,4%), Liguria (10%), Provincia autonoma di Bolzano (9,7%) e Basilicata (8,6%).

«Questi dati - continua il presidente della Fondazione Gimbe - confermano un gap enorme tra il Nord e il Sud del Paese, inevitabilmente destinato ad aumentare se verranno concesse maggiori autonomie alle più ricche regioni settentrionali. Ecco perché la Fondazione ribadisce la richiesta di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie. Perché, se così non fosse, la conseguenza sarebbe la legittimazione normativa della “frattura strutturale” Nord-Sud, che com-

promette l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute, aumenta la dipendenza delle regioni meridionali dalla sanità del Nord e assesta il colpo di grazia al Servizio sanitario nazionale».

Cartabellotta: la salute va espunta dalle materie in cui le Regioni possono chiedere più indipendenza, pena l'allargamento delle disuguaglianze



Il focus sui flussi
Sanità, per le cure
dal Sud al Nord
speso un miliardo

Marco Esposito a pag. 7

Sanità, torna la mobilità: un miliardo per le cure dei meridionali al Nord

► I conti del 2021 della fondazione Gimbe: Calabria, Campania e Sicilia in forte rosso ► L'Emilia Romagna è la più attrattiva seguita dalla Lombardia e dal Veneto

IL RAPPORTO Marco Esposito

Ammalarsi al Sud e curarsi al Nord. Dopo la pausa del 2020, quando la pandemia da Coronavirus ha bloccato gli italiani in casa, è ripreso il flusso della migrazione sanitaria. Fatta di malati, sofferenze, speranze, ma che porta con sé anche un fiume di denaro tornato al di sopra dei 4 miliardi di euro e che in larga parte dalle casse delle regioni meridionali (tutte in passivo tranne il Molise) va verso il Nord e in particolare a beneficio di Emilia Romagna, Lombardia e Veneto. Posti dove la presa in cura degli ammalati meridionali, compreso l'indotto per trasferimenti, alloggi, ristorazione, è una vera e propria industria.

I SALDI

Il report di Gimbe, che analizza i flussi per la migrazione sanitaria del 2021, arriva in un giorno scelto di proposito per farlo coincidere con l'avvio nell'aula del Senato del disegno di legge sull'autonomia differenziata, la quale tra le 23 materie coinvolte comprende la sanità, peraltro già in larga parte affidata alle Regioni con gli effetti sui territori evidenziati proprio dai saldi sulle cure effettuate in regioni diver-

se da quella di residenza.

La mobilità sanitaria del 2021 vale in tutto 4,25 miliardi, in netto rialzo rispetto ai 3,33 miliardi del 2020 ma sotto il picco di 4,6 miliardi del triennio 2016-17-18. Sarebbe errato però sostenere che sono 4 miliardi di euro che dal Sud vanno al Nord perché la mobilità sanitaria può essere di quattro tipologie di cui solo l'ultima davvero patologica. La prima è quella tipica delle aree di confine, cioè di chi vive ai limiti della propria regione e può trovare più conveniente o vicino per una specifica prestazione servirsi di una struttura esterna a quelle regionali. La seconda tipologia è tipica di chi si sposta per turismo, studio o lavoro e quindi ha una occasionale necessità di cura in un luogo diverso dalla propria residenza. C'è poi un terzo tipo di mobilità, legato ad alcune eccellenze sanitarie le quali quindi attraggono pazienti per malattie rare o patologie particolarmente delicate. Per fare un esempio nel Mezzogiorno, c'è il Neuromed di Pozzilli, in provincia di Isernia, struttura privata che quasi da sola riesce a portare in attivo la Regione Molise, grazie ad arrivi in larga parte dalla Campania. Mentre le prime

tre tipologie di mobilità sono inevitabili e in un sistema equilibrato porterebbero saldi tra mobilità attiva e passiva intorno allo zero, il quarto e ultimo tipo di mobilità è quella che evidenzia i veri e propri squilibri territoriali ed è rappresentata da persone che trovano inadeguata l'offerta sanitaria della Regione nella quale vivono e quindi vanno a curarsi in strutture sanitarie pubbliche oppure private convenzionate del Nord. Il suo valore è di un miliardo di euro.

IL DETTAGLIO

La Campania, entrando nel dettaglio, ha una mobilità sanitaria in ingresso (frutto cioè degli arrivi di pazienti per comodità geografica, per presenza occasionale o perché cercano strutture eccellenti) che nel 2021 ha portato nelle casse regionali oltre 170 mi-



lioni di euro pari al 4,4% del totale della mobilità. Si può stimare che una somma equivalente sia necessaria per curare i residenti campani che per analoghe motivazioni si facciano curare in altre

regioni. È quindi il saldo complessivo, se diverso da zero, che evidenzia la debolezza della rete sanitaria pubblica in Campania e in molte altre regioni meridionali. Infatti i maggiori deficit sono, secondo i conteggi di Gimbe su fonti pubbliche, quelli di Calabria (-252 milioni), Campania (-221 milioni) e Sicilia (-177 milioni). Mentre a beneficiare delle entrate più rilevanti sono Emilia Romagna, con un saldo positivo di 442 milioni, seguita da Lombardia (271 milioni) e Veneto (228 milioni).

Il saldo, è il caso di ricordare, si riferisce ai soli trasferimenti monetari tra regioni in passivo e regioni in attivo, quindi alla spesa sanitaria in senso stretto e non all'indotto generato dalle migrazioni sanitarie.

In un quadro quindi già profondamente differenziato per qualità dell'offerta, la fondazione Gimbe ribadisce la richiesta che la tutela della salute «venga espunta dalle materie su cui le Regioni possono chiedere maggiori autonomie». Se ciò non avverrà, sottolinea il presidente della fondazione Nino Cartabellotta, «in sanità si legittimerà normativamente il divario Nord-Sud, amplificando le inaccettabili disuguaglianze nell'esigibilità del diritto costituzionale alla tutela della salute».

Dalla fotografia della migrazione sanitaria nel 2021 emerge che Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto raccolgono il 93,3% del saldo attivo, cioè l'attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni, mentre il 76,9% del saldo passivo (la migrazione dei pazienti dalla regione di residenza) si concentra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo. «Le nostre analisi - osserva Cartabellotta - dimostrano che i flussi economici della mo-

bilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, in particolare verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il governo per la richiesta di maggiori autonomie. E che oltre la metà del valore delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale vengono erogate dal privato accreditato, ulteriore segnale d'indebolimento della sanità pubblica». In particolare le Regioni dove la sanità privata eroga oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva sono Molise (90,5%), Puglia (73,1%), Lombardia (71,2%) e Lazio (64,1%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

Più 442 milioni



L'Emilia Romagna ha il migliore saldo della mobilità sanitaria: +681 milioni contro -239

Meno 252 milioni



La Calabria ha il peggiore saldo d'Italia: crediti per 37 milioni e debiti per 289 milioni

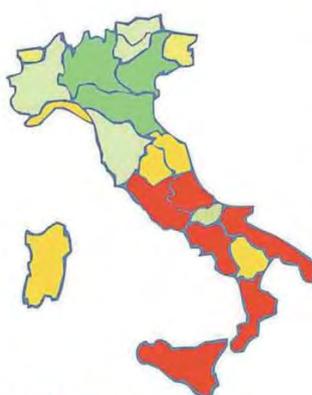
Meno 221 milioni



La Campania è seconda per deficit con crediti per 173 milioni e debiti a 394 milioni

IN TOTALE I FLUSSI TRA TERRITORI SONO CRESCIUTI DA 3,3 A 4,2 MILIARDI RISPETTO ALL'ANNO DEL LOCKDOWN

MOBILITÀ SANITARIA REGIONALE: SALDI 2021



Saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni) Emilia-Romagna (€ 442 mln), Lombardia (€ 271,1 mln), Veneto (€ 228,1 mln)
Saldo positivo moderato (da € 25,1 a € 100 milioni) Molise (€ 43,9 mln)
Saldo positivo minimo (da € 0,1 a € 25 milioni) Piemonte (€ 12,2 milioni), Toscana (€ 9,2 milioni), PA Trento (€ 1,4 milioni), PA Bolzano (€ 0,4 milioni)
Saldo negativo minimo (da -€ 0,1 a -€ 25 milioni) Friuli Venezia Giulia (-€ 7,6 milioni), Valle d'Aosta (-€ 13,6 milioni)
Saldo negativo moderato (da -€ 25,1 a -€ 100 milioni) Umbria (-€ 31,2 milioni), Marche (-€ 38,5 milioni), Sardegna (-€ 64,7 milioni), Liguria (-€ 69,5 milioni), Basilicata (-€ 83,5 milioni)
Saldo negativo rilevante (oltre -€ 100 milioni) Abruzzo (-€ 108,1 milioni), Puglia (-€ 131,4 milioni), Lazio (-€ 139,7 milioni), Sicilia (-€ 177,4 milioni), Campania (-€ 220,9 milioni), Calabria (-€ 252,4)

Dati al 15 gennaio 2022

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

LA MAPPA/Il report di Gimbe con i saldi della mobilità regionale relativi al 2021



16 gen
2024

DAL GOVERNO

S
24

Gimbe: autonomia differenziata schiaffo al meridione, il Sud sempre più dipendente dalla sanità del Nord

di *Fondazione Gimbe*

PDF

[I gra ci dello studio Gimbe sulla mobilità sanitaria](#)

Nel 2021, la mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto un valore di € 4,25 miliardi, cifra nettamente superiore a quella del 2020 (€ 3,33 miliardi), con saldi estremamente variabili tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Il saldo è la differenza tra mobilità attiva, ovvero l'attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni, e quella passiva, cioè la "migrazione" dei pazienti dalla Regione di residenza. Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto – Regioni capofila dell'autonomia differenziata – raccolgono il 93,3% del saldo attivo, mentre il 76,9% del saldo passivo si concentra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo. «La mobilità sanitaria – spiega Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che riflette le grandi diseguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie Regioni e, soprattutto, tra il Nord e il Sud del Paese. Un gap diventato ormai una "frattura strutturale" destinata ad essere aggravata dall'autonomia differenziata, che in sanità legittimerà normativamente il divario Nord-Sud,



amplificando le inaccettabili diseguaglianze nell'esigibilità del diritto costituzionale alla tutela della salute».

Ecco perché, in occasione dell'avvio della discussione in Aula al Senato del DdL Calderoli, continua Cartabellotta, «la Fondazione GIMBE ribadisce quanto già riferito nell'audizione in 1a Commissione Affari Costituzionali del Senato: la tutela della salute deve essere espunta dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie». Numerose le motivazioni:

● Il Servizio Sanitario Nazionale attraversa una gravissima crisi di sostenibilità e il sotto-finanziamento costringe anche le Regioni virtuose del Nord a tagliare i servizi e/o ad aumentare le imposte regionali. In altri termini non ci sono risorse da mettere in campo per colmare le diseguaglianze in sanità.

● Il DdL Calderoli rimane molto vago sulle modalità di finanziamento, oltre che sugli strumenti per garantire i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) secondo quanto previsto dalla Carta Costituzionale.

● Il gap in sanità tra Regioni del Nord e del Sud è sempre più ampio, come dimostrano i dati sugli adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quelli sulla mobilità sanitaria qui riportati.

● Le maggiori autonomie già richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto potenzieranno le performance di queste Regioni e, al tempo stesso, indeboliranno ulteriormente quelle del Sud, anche quelle a statuto speciale. Un esempio fra tutti: una maggiore autonomia in termini di contrattazione del personale, rischia di provocare una fuga dei professionisti sanitari verso le Regioni in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose.

● Le Regioni del Sud non avranno alcun vantaggio: essendo tutte (tranne la Basilicata) in Piano di rientro o addirittura commissariate come Calabria e Molise, non avrebbero nemmeno le condizioni per richiedere maggiori autonomie in sanità.

● Il Paese, indebitando le future generazioni, ha sottoscritto il PNRR che ha come obiettivo trasversale a tutte le missioni proprio quello di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali.

«In tal senso – chiosa Cartabellotta – risulta ai limiti del grottesco la posizione dei Presidenti delle Regioni meridionali governate dal Centro-Destra, favorevoli all'autonomia differenziata. Una posizione autolesionistica che dimostra come gli accordi di coalizione partitica prevalgano sugli interessi della popolazione».

Il Report sulla mobilità sanitaria 2021 elaborato dalla Fondazione GIMBE ha utilizzato i dati economici aggregati per analizzare mobilità attiva, passiva e saldi, e i flussi trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute per

analizzare la differente capacità di attrazione delle strutture pubbliche e private di ogni Regione per le differenti tipologie di prestazioni erogate in mobilità.

Nel 2021 il valore della mobilità sanitaria ammonta a € 4.247,29 milioni, cifra ben più elevata del 2020 (€ 3.330,47 milioni), «anno in cui – spiega il presidente – l'emergenza pandemica COVID-19 ha determinato una netta riduzione degli spostamenti delle persone e dell'offerta di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali».

Mobilità attiva. Lombardia (18,7%), Emilia-Romagna (17,4%), Veneto (12,7%) raccolgono quasi la metà della mobilità attiva, un ulteriore 25,6% viene attratto da Lazio (9,5%), Piemonte (6,8%), Toscana (4,9%) e Campania (4,4%). Il rimanente 25,6% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 14 Regioni e Province autonome. «I dati della mobilità attiva – commenta il Presidente – documentano una forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord e, con la sola eccezione del Lazio, quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud».

Mobilità passiva. 3 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni ciascuna: in testa Lazio (12%), Lombardia (10,9%) e Campania (9,3%), che insieme compongono quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 67,9% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 18 Regioni e Province autonome. «I dati della mobilità passiva – commenta Cartabellotta – documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud. In particolare, se quasi tutte le Regioni meridionali hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in 4 grandi Regioni del Nord che presentano un'elevata mobilità attiva. Una conseguenza della cosiddetta mobilità di prossimità, determinata da pazienti che preferiscono spostarsi in Regioni vicine con elevata qualità dei servizi sanitari». In dettaglio: Lombardia (-€ 461,4 milioni), Veneto (-€ 270,3 milioni), Piemonte (-€ 253,7 milioni) ed Emilia-Romagna (-€ 239,5 milioni).

Saldi. «I dati – commenta il presidente – confermano la “frattura strutturale” tra Nord e Sud, visto che le Regioni con saldo positivo superiore a € 200 milioni sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte del Centro-Sud». In dettaglio:

● **Saldo positivo rilevante:** Emilia-Romagna (€ 442 milioni), Lombardia (€ 271,1 milioni) e Veneto (€ 228,1 milioni)

● **Saldo positivo moderato:** Molise (€ 43,9 milioni)

● **Saldo positivo minimo:** Piemonte (€ 12,2 milioni), Toscana (€ 9,2 milioni), Provincia autonoma di Trento (€ 1,4 milioni), Provincia autonoma di Bolzano (€ 0,4 milioni)

● *Saldo negativo minimo*: Friuli Venezia Giulia (-€ 7,6 milioni), Valle d'Aosta (-€13,6 milioni)

● *Saldo negativo moderato*: Umbria (-€ 31,2 milioni), Marche (-€ 38,5 milioni), Sardegna (-€ 64,7 milioni), Liguria (-€ 69,5 milioni), Basilicata (-€ 83,5 milioni)

● *Saldo negativo rilevante*: Abruzzo (-€ 108,1 milioni), Puglia (-€ 131,4 milioni), Lazio (-€ 139,7 milioni), Sicilia (-€ 177,4 milioni), Campania (-€ 220,9 milioni), Calabria (-€ 252,4).

Tipologie di prestazioni erogate in mobilità. Complessivamente, l'86% del valore della mobilità sanitaria riguarda i ricoveri ordinari e in day hospital (69,6%) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale (16,4%). Il 9,4% è relativo alla somministrazione diretta di farmaci e il rimanente 4,6% ad altre prestazioni (medicina generale, farmaceutica, cure termali, trasporti con ambulanza ed elisoccorso).

Mobilità verso le strutture private. Oltre 1 euro su 2 speso per ricoveri e prestazioni specialistiche finisce nelle casse del privato: esattamente € 1.727,5 milioni (54,6%), rispetto a € 1.433,4 milioni (45,4%) delle strutture pubbliche. In particolare, per i ricoveri ordinari e in day hospital le strutture private hanno incassato € 1.426,2 milioni, mentre quelle pubbliche € 1.132,8 milioni. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità, il valore erogato dal privato è di € 301,3 milioni, quello pubblico di € 300,6 milioni.

«Il volume dell'erogazione di ricoveri e prestazioni specialistiche da parte di strutture private – spiega Cartabellotta – varia notevolmente tra le Regioni ed è un indicatore della presenza e della capacità attrattiva delle strutture private accreditate, oltre che dell'indebolimento di quelle pubbliche». Infatti, accanto a Regioni dove la sanità privata eroga oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva – Molise (90,5%), Puglia (73,1%), Lombardia (71,2%) e Lazio (64,1%) – ci sono Regioni dove le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità: Valle D'Aosta (19,1%), Umbria (17,6%), Sardegna (16,4%), Liguria (10%), Provincia autonoma di Bolzano (9,7%) e Basilicata (8,6%).

«Le nostre analisi – conclude Cartabellotta – dimostrano che i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, in particolare verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi con il Governo per la richiesta di maggiori autonomie. E che oltre la metà del valore delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale vengono erogate dal privato accreditato, ulteriore segnale d'indebolimento della sanità pubblica. Questi dati, insieme a quelli sull'esigibilità dei LEA, confermano un gap enorme tra il Nord e il Sud del Paese, inevitabilmente destinato ad aumentare se verranno concesse maggiori autonomie alle più

ricche Regioni settentrionali. Ecco perché la Fondazione GIMBE, all'avvio della discussione in Senato del DdL Calderoli, ribadisce la richiesta di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie. Perché, se così non fosse, la conseguenza sarebbe la legittimazione normativa della “frattura strutturale” Nord-Sud, che compromette l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute, aumenta la dipendenza delle Regioni meridionali dalla sanità del Nord e assesta il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

Spesa assistenziale a 157 miliardi Più che raddoppiata in dieci anni

Brambilla (del centro studi Itinerari): "Va separata dalla previdenza
Sono le spese del welfare senza copertura a minacciare il sistema"

LUIGI GRASSIA

Se ne parla invano da decenni, ma adesso la necessità di separare previdenza e assistenza nella spesa pubblica viene rilanciata dal nuovo rapporto di Itinerari previdenziali sul Welfare. L'istituto di ricerca afferma che il sistema italiano delle pensioni, nonostante si sia raggiunto un totale di 16,3 milioni di beneficiari, è sostenibile, «purché si ponga un limite alle troppe eccezioni alla riforma Monti-Fornero e all'eccessiva commistione tra previdenza e assistenza cui si è assistito negli ultimi anni». A dare una mano sono l'aumento dei posti di lavoro e dei contribuiti: nel 2022 i lavoratori sono cresciuti di 400 mila unità, a un totale di 23,3 milioni, alzando il rapporto numerico con i pensionati con i pensionati a 1,44.

Però il sistema è appesantito dalla crescita della spesa per l'assistenza, che nel 2022 ha segnato un +126% in dieci anni, a quota 157 miliardi. Per il welfare nel complesso (previdenza, assistenza e sanità) in Italia si sono spesi in quell'anno 559,5 mi-

liardi (+6,2% sul 2021), dedicando a questi settori oltre la metà (il 51,65%) della spesa pubblica totale. Ma se la spesa per il welfare nel complesso in dieci anni è aumentata del 29,3% quella previdenziale ha segnato un +17% (meno della crescita del Pil, il che la rende sostenibile) e quella assistenziale un +126%.

Su 16,13 milioni di pensionati nel 2022 oltre 6,55 milioni (il 40,61%) sono totalmente (3,75) o parzialmente (3,88) assistiti. Per pagare sanità, assistenza e welfare degli enti locali, sostiene il rapporto, non bastano le imposte dirette ma bisogna ricorrere a una parte di quelle indirette.

Dopo il crollo dovuto al Covid e alle misure di lockdown, nel 2022 hanno ricominciato a crescere (grazie all'aumento dei posti di lavoro) le entrate contributive, che salgono dell'8% rispetto al 2021 e toccano i 224,94 miliardi di euro, valore ampiamente superiore a quello pre-pandemico.

«Nel complesso – si legge nel rapporto – la spesa pensionistica di natura previdenziale, comprensiva delle prestazioni Ivs (invalidità, vecchiaia e superstiti), separando i pesi di previdenza e assistenza è stata nel 2022 pari a

247,588 miliardi, per un'incidenza sul Pil del 12,97%, in riduzione rispetto al 13,42% dello scorso anno. Al netto degli oneri assistenziali per maggiorazioni sociali, integrazioni al minimo e Gias (Gestione degli interventi assistenziali) dei dipendenti pubblici, l'incidenza scende al 11,72%, dato più che in linea con la media Eurostat. La percentuale cala addirittura all'8,64% escludendo anche i circa 59 miliardi di imposte (Irpef) che in molti Paesi dell'Unione o di area Ocse sono molto più basse, quando non del tutto assenti, sulle pensioni».

A spingere Itinerari previdenziali a esplorare questi aspetti non è stata una semplice curiosità. Spiega Alberto Brambilla, presidente del centro di ricerche: «La corretta determinazione di questi dati è fondamentale per evitare che eccessive sovrastime convincano l'Europa a imporre tagli alle pensioni che, come evidenziano questi numeri, presentano invece una spesa tutto sommato sotto controllo».

Nonostante i conti che possono essere considerati, tutto sommato, sostenibili, il presidente della Camera, Lorenzo Fontana, in un video-messaggio alla presentazione del rapporto di Itinerari



LA STAMPA

previdenziali ha sottolineato che «permangono le difficoltà di finanziamento del nostro stato sociale. Occorrono politiche lungimiranti in grado di bilanciare le esigenze di equità generazionale e la sostenibilità finanziaria».

Secondo il segretario generale della Cisl, Luigi Sbarra, il rapporto di Itinerari previdenziali «conferma la necessità di fare chiarezza, con una necessaria e urgente operazione verità, tra la spesa per previdenza e quella dell'assistenza. Secondo i dati nel rapporto, la spesa per

pensioni nel 2022 ha avuto un'incidenza sul Pil del 12,97%. Si tratta di un dato molto più basso rispetto al 16,97% pubblicato nei documenti istituzionali. Una differenza così rilevante merita di essere attentamente indagata. Le conclusioni della Commissione di studio istituzionale, voluta e sollecitata dal sindacato, nella precedente legislatura purtroppo non sono state soddisfacenti, non hanno risposto a tutte le domande e infatti la Cisl non le ha approvate». —



Una manifestazione contro i tagli delle pensioni



16 gen
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Welfare: Itinerari previdenziali, 157 mld di costo nel 2022 (+126% in 10 anni). L'indicazione: Razionalizzare spesa e separare assistenza da previdenza

di Fabio Bonanni

Sono 157 i miliardi assegnati a oneri assistenziali nel 2022, con una spesa, a carico della fiscalità generale, cresciuta del 126% nell'arco di un decennio. È il dato evidenziato da 'Itinerari previdenziali' attraverso l'ultimo rapporto sul 'Bilancio del sistema previdenziale italiano', presentato alla Camera.



"Tutto sommato stabile invece - sintetizza il centro studi - la spesa per le prestazioni previdenziali, che vale il 12,97% del Pil: un valore in linea con la media europea ma distante da quello davvero comunicato a Bruxelles. Generando confusione ed esponendo il Paese al rischio di una nuova dura riforma". Il rapporto torna a suggerire, pertanto, "una corretta separazione tra previdenza e assistenza, e quindi una razionalizzazione della spesa assistenziale, che ormai da troppo tempo appesantisce le casse dello Stato, generando debito e sottraendo risorse a investimenti e sviluppo". In particolare, rileva il rapporto, "nel 2022 l'Italia ha complessivamente destinato a pensioni, sanità e assistenza 559,513 miliardi di euro, con un incremento del 6,2% rispetto all'anno precedente (32,656 miliardi): la spesa per prestazione sociali ha assorbito oltre la metà di quella pubblica totale, il

51,65 per cento. Rispetto al 2012, e dunque nell'arco di un decennio, la spesa per welfare è aumentata di ben 127,5 miliardi strutturali (+29,4%); aumento ascrivibile soprattutto agli oneri assistenziali a carico della fiscalità generale, cresciuti del 126,3% a fronte dei "soli" 37 miliardi della spesa previdenziale (+17%) e del 18% del nostro Pil". Per il presidente di 'Itinerari', Alberto Brambilla, «la corretta determinazione di questi dati è fondamentale per evitare che eccessive sovrastime convincano l'Europa a imporre tagli alle pensioni che, come evidenziano questi numeri, presentano invece una spesa tutto sommato sotto controllo».

Nel documento si segnalano tra gli altri, "i dati comunicati dalle nostre istituzioni in sede europea, con le prime stime Eurostat sul 2022 relative a pensioni di vecchiaia, anticipate e superstiti che ammontano per l'Italia al 16,7%, contro il 12,6% della media Ue".

Lo scenario. Grazie a un'occupazione in ripresa seppur distante dai livelli europei, secondo l'undicesimo rapporto Rapporto di Itinerari previdenziali continua a migliorare il rapporto attivi-pensionati, indicatore di tenuta della previdenza italiana: nel 2022 il valore si attesta a quota 1,4443. «La "soglia della semi-sicurezza" dell'1,5 è ancora lontana ma, nel complesso, il sistema regge e continuerà a farlo, a patto di saper compiere - sottolinea il centro studi - in un Paese che invecchia, scelte oculate su politiche attive per il lavoro, anticipi ed età di pensionamento". Nel dettaglio, aumenta il numero di pensionati, che salgono a 16.131.414 nel 2022 (il 51,7% rappresentato da donne), a fronte dei 16.098.748 dell'anno prima (+32.666 unità, pari allo 0,20% in più). "Un incremento ascrivibile - osserva 'Itinerari previdenziali' - nonostante le pur numerose cancellazioni di prestazioni in pagamento da 35 anni e più, alle molteplici vie d'uscita in deroga alla Fornero introdotte dal 2014 in poi e culminate negli ultimi anni con l'approvazione dapprima di Quota 100 nel 2019 e, quindi a seguire, di Quota 102. Cresce poi anche il tasso di pensionamento grezzo rilevato dalla pubblicazione: su 3,65 residenti italiani almeno uno è pensionato, dato obiettivamente molto elevato se si tiene conto che il picco dell'invecchiamento della nostra popolazione verrà toccato nel 2045".

Quanto al numero di prestazioni pensionistiche, al 2022 ne risultano in pagamento 22.772.004, +0,06% rispetto al 2021, pari a 13.207 trattamenti. Si tratta, spiega il Rapporto, di 17.710.006 prestazioni erogate nella tipologia invalidità, vecchiaia, superstiti, cui vanno aggiunte 4.420.837 pensioni assistenziali Inps e 641.161 prestazioni indennitarie dell'Inail. In media ogni pensionato riceve 1,411 prestazioni, il livello più basso dal 2006 (e risulta in pagamento una prestazione ogni 2,584 abitanti, vale a dire, sottolinea il centro studi, circa una per famiglia).

Un sottile equilibrio. «Volendo trarre qualche prima conclusione - ha sottolineato ancora il presidente Alberto Brambilla - a oggi il sistema è sostenibile e lo sarà anche tra 10-15 anni, nel 2035/40, quando la maggior

parte dei baby boomer nati dal dopoguerra al 1980, in termini previdenziali assai significativa data la loro numerosità, si sarà pensionata». Ma, avvisa, «perché si mantenga questo sottile equilibrio, sarà indispensabile intervenire in maniera stabile e duratura, tenendo conto di alcuni principi fondamentali: le età di pensionamento, attualmente tra le più basse d'Europa, circa 63 anni l'età effettiva di uscita dal lavoro in Italia nonostante un'aspettativa di vita tra le più elevate a livello mondiale, e che dovranno dunque gradualmente aumentare evitando il ricorso a eccessive anticipazioni; l'invecchiamento attivo dei lavoratori, attraverso misure volte a favorire un'adeguata permanenza sul lavoro delle fasce più senior della popolazione; le politiche attive del lavoro, da realizzare di pari passo con un'intensificazione della formazione professionale, anche on the job; la prevenzione, intesa in senso più ampio come capacità di progettare una vecchiaia in buona salute». Per Brambilla, dunque, è necessario «un serio cambio di rotta da parte del nostro Paese, che al momento naviga a vista, senza una bussola, dinanzi alla più grande transizione demografica di tutti i tempi, con grande parte della spesa pubblica indirizzata verso sussidi e assistenzialismo, frenando le possibilità di crescita, quando invece, anche alla luce di un debito pubblico che a breve potrebbe sfondare la soglia dei 3.000 miliardi di euro, la doverosa priorità sembrerebbe essere una seria revisione dei propri modelli produttivi e del proprio mercato del lavoro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DISEGNO DI LEGGE DELLA MAGGIORANZA

Giro di vite per chi istiga ai disturbi alimentari Ma per il taglio al Fondo la soluzione è lontana

Doppio binario sui disturbi alimentari. Da una parte il governo taglia le risorse del Fondo nazionale per il contrasto ai disturbi alimentari, dall'altra progetta un giro di vite nei confronti di chi istiga a comportamenti che possono indurre a gravi disturbi alimentari, come anoressia e bulimia, patologie che colpiscono nel nostro Paese 3,6 milioni di persone e provocano ogni anno quattromila morti. Inizia oggi in commissione Sanità al Senato, infatti, l'esame di un disegno di legge di maggioranza che introduce pene severe, dalle

multe fino al carcere. Il testo prevede tra l'altro che la reclusione fino a due anni e la sanzione amministrativa da euro 20.000 a euro 60.000 per chi istiga «a condotte alimentari idonee a provocare o a rafforzare i disturbi del comportamento alimentare, e ne agevola l'esecuzione». Se il reato è commesso nei confronti di una persona indifesa minorata o di ragazzi under 14 «si applica la pena della reclusione fino a quattro anni e la sanzione amministrativa da euro

40.000 a 150.000 euro».

Dopo l'ondata di proteste seguita al taglio del Fondo nazionale stabilito con l'ultima legge di Bilancio, il ministero della Salute è ora a caccia dei fondi. Per l'assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna, Raffaele Donini, è necessario che il Fondo «venga ripristinato per almeno 25 milioni di euro e non la metà come si ipotizza». Venerdì, per protestare contro il taglio, sono state convocate manifestazioni in 28 città. —



LA SALUTE

Umanità e ricerca così si salva la Sanità

MARIELLA ENOC

Esiste una fascia di popolazione povera di salute; penso per esempio alle disabilità psichiche soprattutto nei giovani a cui non si sta rispondendo. Penso all'aumento degli anziani. - PAGINA 18



LA LECTIO MAGISTRALIS

Mariella Enoc

La Sanità deve essere per tutti Servono medici esperti di umanità

Bisogna investire in ricerca e riconquistare il legame con il territorio
I giovani imparino a condividere il sapere come un dono, basta con gli egoismi

MARIELLA ENOC

Di seguito, pubblichiamo ampi stralci del discorso di Mariella Enoc all'inaugurazione dell'anno accademico all'Università di Vercelli.

Esiste una fascia di popolazione povera di salute; penso per esempio alle disabilità psichiche soprattutto nei giovani a cui non si sta rispondendo. Penso all'aumento degli anziani, con le inevitabili patologie o malattie degenerative cronicizzate.

Ci sono poi molte persone che non riescono a curarsi perché persino pagare un ticket può costituire un problema; altri hanno difficoltà di accesso ai servizi, altri ancora devono subire lunghe li-



ste d'attesa. Nello stesso tempo esiste una ricerca scientifica che ha fatto passi da gigante con diagnostica e terapie. Certo occorre essere sostenibili, occorrono risorse ingenti nel campo sanitario. Tuttavia la nostra urgenza è più culturale che finanziaria, occorre scommettere su medicina di prossimità e territori come luoghi di relazione, di cura come è stato in passato.

La sanità dovrà essere meglio organizzato e integrata con percorsi, servizi e competenze delle strutture ospedaliere. Altrimenti l'ebbrezza del solo privato e la negazione della prossimità di cura rischiano di trasformare la medicina in un privilegio per pochi. Una politica responsabile ha il compito di prevenire come ha fatto Tina Anselmi, la prima donna ministro della Salute, quando nel 1978 si è battuta per il Servizio sanitario nazionale che permette a tutti di curarsi. È per scelte fondate sulla solidarietà che in Italia un vaccino o

un esame medico sono a carico dello Stato.

Occorre trasformare la crisi in una sfida per la scienza per mettere in rete chi più sa e chi sa meno, perché nessuno resti indietro. Sono troppi gli egoismi che non permettono di raggiungere questi traguardi, ma non possiamo arrenderci.

Lo dico ai giovani: condividete il sapere come un dono, non possedetelo come qualcosa di sterile che vi rende soli e spesso anche tristi. Sono stata testimone di grandi esempi che mi hanno aiutato ad arrivare fino a qui. Un giorno mi ero



scusata con un giovane ricercatore per non riuscire a remunerarlo meglio. Mi rispose: «Si ricordi, presidente, che dietro questa provetta io vedo sempre i bambini». Ho assistito alla grande disponibilità di medici che si prestano a fare interventi pesantissimi, anche a notte fonda, e a volte vengono chiamati senza essere di guardia. Non mi è mai capitato di sentirmi dire «non posso», c'è sempre una risposta positiva. Questo mi colpisce, non è comune.

È vero, negli anni ho visto il ruolo del medico cambiare. Quando ho iniziato a occuparmi di sanità, la cultura le riconosceva un carattere di sacralità e di paternità. Oggi l'autonomia del paziente è la vera grande conquista dell'etica medica. Rischia, però, di ridurre il rapporto medico-paziente a un rapporto tecnico e freddo. La sfida per una università come questa è di formare medici e operatori sanitari che siano grandi esperti di umanità a par-

tire dalle loro professionalità.

Da ormai 50 anni vivo la responsabilità di fare stare bene la comunità perché possa prendersi cura: conosco le ansie di far tornare i conti, di continuare ad innovare e a formare, di fare in modo che pubblico e privato camminino in un'unica direzione.

Ricordate che non sempre l'attenzione alla persona cresce con la tecnicizzazione della medicina, che è sempre più concentrata sull'azione tecnica del «curare» (to cure) la malattia senza un approccio olistico alla persona. Questo non può bastare. Vorrei chiedervi di investire le vostre vite sul «prendersi cura» (to care) anche del mondo affettivo, relazionale, psicologico e spirituale del paziente. Non è solo un atto di carità ma è «atto politico» che permette di prendersi cura delle fragilità, dell'ambiente, del benessere economico, della giustizia e della vita che rimane il dono più grande da onorare in

ogni sua manifestazione.

La cura è un cammino e un confine si deve spingere fino al curare gli incurabili, per questo è come un delicato vaso di cristallo. La via da percorrere ha una direzione unica: creare rete nel territorio tra pubblico, privato sociale, privato convenzionato, imprese sociali del terzo settore e volontariato competente. È attraverso un'alleanza di cura che potremo vincere questa silenziosa sfida.

L'articolo 32 della Costituzione, che regola la salute, custodisce il fine dell'azione sanitaria che è occuparsi della salute - dal latino *salus* -, che è la salvezza integrale dell'ammalato. La visione di salvezza integrale della persona era stata sostenuta da Aldo Moro che nel dibattito della Costituente ci ha ricordato come la salute non si riduce a un *facere* o non *facere*, a un'attività giuridica o materiale, ma è un valore del soggetto che l'ordinamento è chiamato a tutelare.

È questa l'eredità che nel piccolo ho cercato di testimoniare. Vorrei piantare ancora alcuni piccoli semi e poi affidarli a voi giovani perché li facciate crescere e li rendiate generativi in una comunità di vita e di scopo dove la scienza è sempre al servizio della persona e ciascuno di noi è un dono per l'altro. —

Le cure

Il sistema sanitario ha molte lacune. Molte persone hanno difficoltà ad accedere ai servizi, altre subiscono lunghissime liste d'attesa



Editoriale

Un rilancio culturale della sanità

PRENDERCI CURA ATTO POLITICO

MARIELLA ENOC

Il Sistema sanitario nazionale rimane un vanto del nostro Paese a livello mondiale ma ha l'urgenza di essere rivisitato. Esiste una fascia di popolazione povera di salute. Penso per esempio alle disabilità psichiche soprattutto nei giovani a cui non si sta rispondendo, o all'aumento degli anziani con le loro inevitabili patologie, o alle malattie degenerative cronicizzate. Ci sono poi molte persone che non riescono a curarsi perché persino il pagamento di un ticket può costituire un

problema; altri ancora hanno difficoltà di accesso ai servizi, o subire lunghe liste d'attesa. Nello stesso tempo esiste una ricerca scientifica che ha fatto passi da gigante con una nuova diagnostica e nuove terapie.

Certo occorre essere sostenibili, occorrono risorse ingenti nel campo sanitario. Tuttavia la nostra urgenza è più di natura culturale che finanziaria, occorre puntare su un modello organizzativo che scommetta sulla medicina di prossimità e sui territori come luoghi di relazione di cura come è stato in passato. La nuova sanità dovrà essere presente sul territorio in un modo nuovo, meglio organizzato e integrata con i percorsi, i servizi e le competenze delle strutture ospedaliere. Altrimenti l'ebbrezza

del solo privato e la negazione della prossimità di cura rischiano di trasformare la medicina in un privilegio per pochi e non un servizio per tutti.

Una politica responsabile ha il compito di prevenire come ha fatto Tina Anselmi, la prima donna ministro della Salute, quando nel 1978 si è battuta per il Servizio sanitario nazionale che permette a tutti di curarsi. È per scelte fondate sulla solidarietà che in Italia un vaccino o un esame medico è a carico dello Stato.

...continua a pagina 16

PRENDERCI CURA, ATTO POLITICO

Sono troppi gli egoismi che non permettono oggi di raggiungere questi traguardi, ma noi non possiamo arrenderci. Vale anzitutto per i giovani: condividete il sapere come un dono, non possedetelo come qualcosa di sterile che vi rende soli e spesso anche tristi. Sono stata testimone di grandi esempi. Come quello di un giovane ricercatore, con cui mi ero scusata per non riuscire a remunerarlo meglio: «Si ricordi - mi rispose - che dietro questa provetta io vedo sempre un bambino». Ho assistito alla grande disponibilità di medici che si prestano a fare interventi pesantissimi, anche a notte fonda, e a volte vengono chiamati senza essere di guardia. Non mi è mai capitato di sentirmi dire «non posso», c'è sempre una risposta positiva. Questo mi colpisce, non è comune.

Lungo gli anni ho visto il ruolo del medico cambiare. Quando ho iniziato a occuparmi di sanità, la cultura gli riconosceva un carattere di sacralità e di paternità. Oggi l'autonomia del paziente è la vera grande conquista dell'etica medica. Rischia, però, di ridurre il rapporto medico-paziente a un rapporto tecnico e freddo. La sfida per l'università è quella di formare medici e operatori sanitari che siano grandi esperti di umanità a partire dalle loro professionalità.

Bisogna ricordare che non sempre l'attenzione alla persona cresce con la tecnicizzazione della medicina, che è sempre più concentrata sull'azione tecnica del «curare» la malattia senza un approccio olistico alla persona. Questo non può bastare. Occorre investire sul «prendersi cura» anche del mondo affettivo, relazionale, psicologico e spirituale del paziente. Non è solo un atto di carità ma è «atto politico» che permette di prendersi cura delle fragilità, dell'ambiente, del

benessere economico, della giustizia e della vita che rimane il dono più grande da onorare in ogni sua manifestazione.

La cura è un cammino, è un confine e si deve spingere fino al curare gli incurabili, per questo è come un delicato un vaso di cristallo. La via da percorrere ha una direzione unica: creare rete nel territorio tra pubblico, privato sociale, privato convenzionato, imprese sociali del terzo settore e volontariato competente. È attraverso un'alleanza di cura che potremo vincere questa silenziosa sfida.

È cambiato il contesto sociale e politico, ma l'articolo 32 della Costituzione, che regola la salute, custodisce il fine dell'azione sanitaria che è occuparsi della salute - dal latino *salus* -, che è la salvezza integrale dell'ammalato. La visione di salvezza integrale della persona era stata sostenuta da Aldo Moro che nel dibattito della Costituente ci ha ricordato come la salute non si riduce a un *facere* o *non facere*, a un'attività giuridica o materiale, ma è un valore del soggetto che l'ordinamento è chiamato a tutelare.

È questa l'eredità che nel piccolo ho cercato di testimoniare. Vorrei piantare ancora alcuni piccoli semi e poi affidarli a voi giovani perché li facciate crescere e li rendiate generativi in una comunità di vita e di scopo dove la scienza è sempre al servizio della persona e ciascuno di noi è un dono per l'altro.

Mariella Enoc

Questo discorso è stato pronunciato ieri a VerCELLI, in occasione della laurea honoris causa conferita dall'Università del Piemonte orientale, alla presenza del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella



CONTRATTI SANITÀ E ISTRUZIONE, VIA LIBERA DELLA CORTE CONTI

Le Sezioni riunite della Corte dei conti hanno dato il via libera ieri al contratto collettivo nazionale della Sanità del triennio 2019-2021 (aumenti medi di 289 euro al mese) e a quello del comparto Istruzione e ricerca del periodo 2019-2021 (aumento medio per i docenti 124 euro)

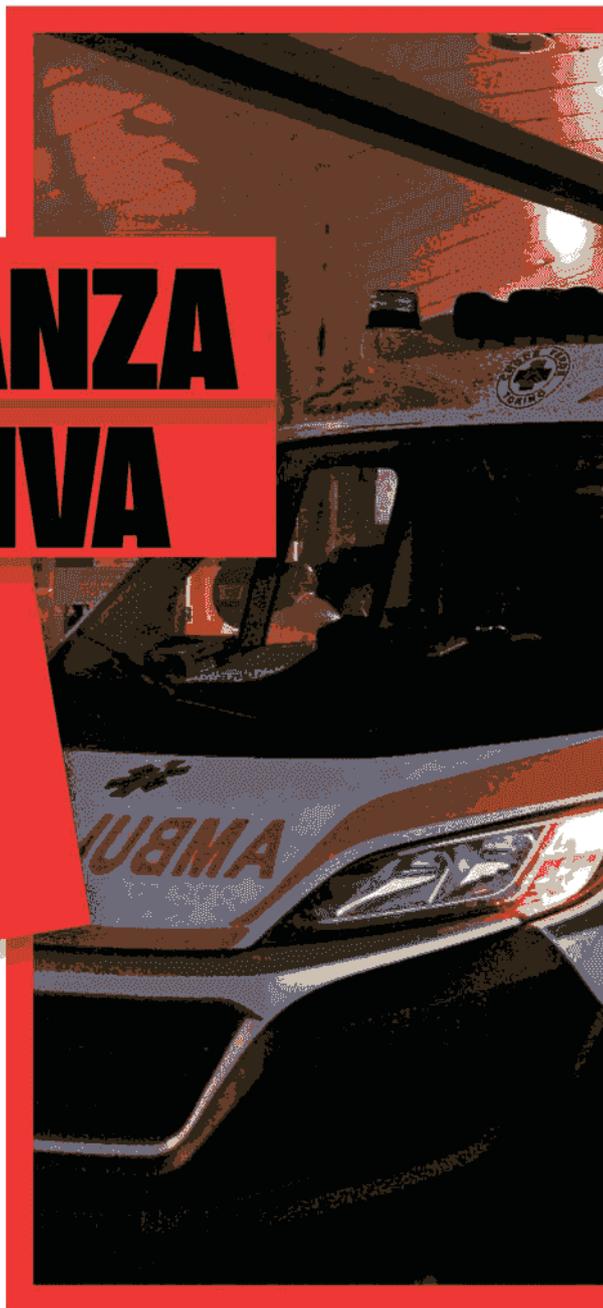


SANITÀ IN CRISI

QUELL'AMBULANZA CHE NON ARRIVA

MAI

Attendere troppo per un infarto, un trauma, un incidente... Succede, sempre più spesso, in tutta Italia, e le cause sono tante: reparti di emergenza intasati, mezzi di soccorso che non riescono a «sbarellare» e quindi a tornare in strada, poco personale, scarse risorse. E la carenza di medici di base aggrava un situazione drammatica.



di Maddalena Bonaccorso

Alle 11 del mattino di un mercoledì di gennaio, le ambulanze disponibili per il soccorso sono già finite. Alla centrale operativa del 118 di Palermo, che assiste una popolazione di circa un milione e 200 mila persone, i responsabili - al telefono già da ore per cercare una soluzione al numero crescente di richieste di aiuto - spalancano le braccia, in un misto di rabbia e rassegnazione.

I Pronto soccorso sono intasati, con percentuali di sovraffollamento che superano il 200 per cento, le ambulanze non riescono a «sbarellare» i pazienti (cioè a lasciarli nelle strutture tornando disponibili per altre emergenze) e restano ferme per ore davanti agli ospedali, con i malati a bordo: questo fa sì che il sistema sia completamente bloccato, anzi, al collasso. Succede in tutta Italia: nelle difficilissime

settimane di dicembre e inizio gennaio, complici la recrudescenza del Covid e il picco influenzale, il 118 ha dovuto fare i conti, sull'intero territorio nazionale, con difficoltà enormi, che hanno portato a grandi disagi e anche a tragedie evitabili.

Il 26 dicembre, sempre in Sicilia, una donna di 26 anni è morta dopo aver accusato un malore in casa; l'ambulanza era arrivata senza medico, perché l'unico presente al Pronto soccorso del nosocomio locale non poteva lasciare il presidio.

A Roma, dove nei giorni scorsi più di 1.100 pazienti erano ricoverati in attesa di un posto letto



nei reparti, è capitato per due volte che persone inciampate e cadute sulle scale della metropolitana aspettassero oltre tre ore l'arrivo dell'ambulanza; a Milano si è dovuti attendere 40 minuti un mezzo di soccorso, per un trauma cranico, in pieno centro città a due passi dal Policlinico. Del resto, la Regione Lombardia ha bloccato i ricoveri programmati, a causa della grave situazione di sovraffollamento negli ospedali.

È il collo di bottiglia, è il blocco-barella, è il «boarding», insomma si tratta del sistema. Se l'ambulanza non arriva, se arriva troppo tardi, se è senza medico o senza infermiere, è inutile prendersela - soltanto - con il 118, con il 112, o con gli operatori che, infine, giungono ad assisterci: «Noi ci assumiamo sempre le nostre responsabilità» afferma Maurizio Migliari, direttore Struttura Complessa Soreu (Sale operative emergenza urgenza «118») della Regione Lombardia. «Ma in questo momento storico, con una popolazione che invecchia, e a fronte di un numero sempre crescente di chiamate al 118, occorrerebbe diversificare il posizionamento del bisogno sanitario in modo corretto e congruo. Dovrebbero arrivare al 118 e quindi nei Pronto soccorso solo i casi di reale emergenza: invece sempre più spesso il cittadino, nell'impossibilità di reperire il responsabile di medicina generale o le guardie mediche, è costretto chiamare noi. Perché sanno che ci siamo sempre».

A volte, certo, il cittadino sceglie questa strada anche solo per comodità: sa che chiamando il 118 verrà trasportato in ospedale, e lì - anche se con attese bibliche - riceverà esami, cure, accertamenti che altrimenti dovrebbe effettuare in privato o aspettando mesi in lista d'attesa: «Purtroppo anche gli utenti commettono abusi» dice Salvatore Vaccaro, vice segretario nazionale del sindacato infermieristico Nursind. «Perché magari vogliono essere visitati da un medico, chiamano il 118 e tendono a sovrastimare la propria patologia. Anche questo contribuisce a creare il collo di bottiglia, e tra tanti codici a bassa priorità, in tempi di picco può diventare complicato andare a «scovare» e soccorrere il caso grave».

Così il sistema dell'assistenza sanitaria diventa un cane che si morde la coda: «Noi effettuiamo un primo *triage* telefonico» spiega Fabio Genco, direttore Centrale operativa 118 Palermo-Trapani «con i nostri operatori che, attraverso un'intervista di circa un minuto assegnano un codice rosso, giallo o verde a seconda della gravità, e stabiliscono - in base alle disponibilità - quale mezzo inviare: ambulanza con solo autisti soccorritori o con infermiere, e nei casi più gravi l'auto medica con il rianimatore, o l'elicottero. Una

volta sulla scena, si valutano le condizioni del paziente, e in contatto con la centrale operativa si decide se e in quale ospedale indirizzarlo, a seconda della vicinanza e del problema riscontrato».

Tutto ciò, secondo i Lea (Livelli essenziali di assistenza) dovrebbe avvenire entro otto minuti dalla telefonata al 118 in ambiente urbano, ed entro 18 se in ambiente extraurbano. Sarebbe bello se fosse così, ma questi tempi non vengono - quasi - mai rispettati; inoltre, se l'ambulanza non ha a bordo un medico che può fare una diagnosi e quindi capire se il caso sia di competenza dell'emergenza urgenza o se in carico al medico curante, il paziente deve essere sempre e comunque condotto nel Pronto soccorso più vicino. Quindi intasamento, attese e, a cascata, mancanze di mezzi per situazioni più gravi.

Nel frattempo, in questo mercoledì di gennaio in cui siamo stati autorizzati a partecipare ai soccorsi sull'automedica del 118 di Palermo con il coordinamento del medico rianimatore e responsabile della sala operativa Marco Palmeri, sul campo accade di tutto: a Marsala un uomo si è sparato in testa e aspettando l'ambulanza viene sottoposto a massaggio cardiaco da parte di chi ha chiamato i soccorsi; c'è un motociclista a terra in autostrada che attende l'ambulanza, un'anziana con Alzheimer che non respira e attende l'auto medica: mentre al Pronto soccorso dell'ospedale Civico il primario non riesce nemmeno a rispondere telefonicamente alle nostre domande, perché ha 95 pazienti ricoverati a fronte di una capienza del reparto di 50.

Facile capire come, in situazioni del genere, le ambulanze non si possano sbarellare, e come anche i sanitari e gli stessi soccorritori rischino aggressioni da parte dei cittadini esasperati, in attesa di un mezzo che sembra non arrivare mai. Proprio com'è successo il 3 gennaio scorso, quando al Pronto soccorso dell'ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia, nel Napoletano, un'infermiera è stata aggredita con pugni al volto da un parente di un ricoverato: denti rotti, labbra spaccate e 25 giorni di prognosi; è solo l'ultimo di una serie di casi analoghi, che avvengono in tutti gli ospedali d'Italia.

Come rimediare? «Soluzioni immediate non ne esistono, è bene dirlo chiaramente» afferma ancora Genco. «Per tamponare le emergenze si dovrebbe intanto aumentare le ambulanze disponibili. E poi occorre una migliore organizzazione, soprattutto durante le festività, della capacità dei reparti ospedalieri, per assorbire le richieste di ricovero: e anche un maggiore impegno della medicina territoriale,



puttroppo fortemente carente».

Già, perché le ferie dei medici di medicina generale e di quelli dei reparti di degenza ricadono sui sanitari in prima linea del 118 e dei Pronto soccorso, e quindi sui cittadini-utenti: in Lombardia, a fronte di circa 900 mila missioni di soccorso nel 2023 in tutta la Regione (valori stabili, quasi sovrapponibili a quelli del 2019, ultimo anno di normalità prima della pandemia) si è decisa la sospensione dei ricoveri programmati, proprio per liberare letti per i pazienti nel primo accesso all'ospedale ed evitare il blocco delle ambulanze che non riescono a sbarellare.

Decisione estrema, solo per tamponare l'emergenza: «Nei momenti di picco» prosegue Migliari «cerchiamo di modulare le esigenze, ma può capitare che di colpo ci sia una riduzione del pool di ambulanze disponibili. Tutto ciò si traduce in maggiore tempo di attesa, che nei codici gialli e rossi non dovrebbe mai capitare. Noi ci organizziamo per avere sempre una sorta di "tesoretto" di mezzi e risorse, ma a volte

il ritardo non si riesce comunque a evitare».

Più mezzi di soccorso quindi, più personale disponibile, più medici formati per l'emergenza, più infermieri, e una maggiore collaborazione all'interno degli stessi ospedali: l'unico modo per provare a risolvere un problema così drammatico.

Intanto, la lunga giornata del 118 di Palermo è finita, inizia la notte con il cambio turno. Un'ambulanza è ancora in attesa fuori dal Pronto soccorso del Civico: dietro una porta a vetri spaccata, presa a colpi di casco da qualcuno per sfogarsi. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Deficit sanitario. I medici del 118, la «prima linea» del soccorso sulle ambulanze, sono in gravissimo deficit: circa 2.300 sanitari a fronte di criteri previsti per cui dovrebbero essere seimila.

Nelle foto di queste pagine, momenti di ordinaria emergenza a Palermo, scattate dall'autrice dell'inchiesta. un intervento con l'elisoccorso e una vetrata vandalizzata nel Pronto soccorso dell'ospedale Civico.

L'arrivo di un paziente nel Pronto soccorso palermitano. Spesso, a causa dell'affollamento, le ambulanze devono aspettare ore per poter ricoverare qualcuno. E così non possono tornare velocemente in strada.



16 gen
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Salute digitale/ Il ruolo dell'Intelligenza Artificiale in sanità e la strategia in via di costruzione coordinata dal ministero della Salute

«Il Servizio sanitario nazionale, così come è organizzato oggi, appare formato da diverse isole, spesso non in coordinamento fra loro, dove il paziente può risultare spaesato. Il Pnrr e il Dm 77 in particolare offrono opportunità nuove, soprattutto grazie all'introduzione della sanità digitale e dell'IA, ma il rischio è che si introducano solo nuovi strumenti nell'attuale modo di funzionare del sistema, senza una visione complessiva necessaria». È questa la considerazione iniziale espressa da Giorgio Casati, direttore generale Asl Roma 2 che con Rome Technopole ha patrocinato il convegno "Digital Health by Design – Dati e IA" organizzato nella sede del ministero della Salute a Roma.

Da questa criticità è partita la discussione durante il summit, organizzato da Culture con il Parlamento Europeo e la Commissione Europea, e dove tra i relatori che hanno preso parte vi erano il Dg Agenas Domenico Mantoan, Guido Scorza, componente del Collegio dell'Autorità Garante protezione dati personali, il Presidente della Pontificia Accademia per la Vita Monsignor Vincenzo Paglia, Paolo Petralia Dg Asl 4 ligure e vicepresidente vicario di Fiaso, Alessandra Poggiani, Dg Cineca, Alessandra Petrucci, Rettrice dell'Università di Firenze, Felicia Pelagalli, Direttrice di Culture e lo stesso Giorgio Casati.



«Una giornata di confronto costruttivo sulla digitalizzazione dei dati sanitari e lo sviluppo di algoritmi di intelligenza artificiale - commenta Felicia Pelagalli, Direttrice di Culture - come sappiamo, la popolazione italiana sta invecchiando sempre più con un conseguente incremento delle multicronicità e dello stato di fragilità. Si allunga il tempo della vita, e questa è una buona notizia, ma, purtroppo, rischia di durare di più anche il tempo della malattia. Nella fascia di età sopra i 75 anni solo il 28,6% risulta in buona salute (dati Istat). Dobbiamo allungare la speranza di vita sana».

«La digitalizzazione e l'intelligenza artificiale - afferma il ministro della Salute Orazio Schillaci nel messaggio letto in apertura dell'evento - rivestono un ruolo fondamentale anche nel sistema di raccolta e analisi dei dati, strategici per una programmazione sanitaria efficace, la promozione della ricerca e la prevenzione delle malattie. In questo contesto, è essenziale collaborare tra istituzioni per definire nuovi modelli di servizio e stabilire linee guida chiare nell'utilizzo dei dati sanitari e nella progettazione di algoritmi di intelligenza artificiale».

LA PROSPETTIVA EUROPEA. Lo European Health Data Space (Ehds) è il primo spazio europeo dei dati sanitari. «L'accesso ai dati sanitari è di fondamentale importanza per garantire l'innovazione nei sistemi sanitari europei - sottolinea Marco Marsella, Direttore del settore Digitale, EU4Health della direzione generale Salute della Commissione Europea -. È fondamentale perché attraverso l'accesso si possono costruire nuove tecnologie ma anche avviare dei workflow per il trattamento, per esempio dei pazienti con malattie croniche, oppure, per il miglioramento della diagnosi, è possibile introdurre elementi di intelligenza artificiale nello screening e soprattutto adattare i trattamenti alle necessità dei pazienti, verso la medicina personalizzata».

«Se guardiamo alle attuali barriere che si frappongono oggi alla realizzazione dell'Ehds possiamo individuare altrettante sfide per il settore della ricerca, formazione e innovazione - sostiene la Direttrice Petrucci - Tra queste, la privacy nella raccolta e condivisione dei dati sanitari; la sicurezza informatica; barriere normative; diversità dei Sistemi Sanitari; l'interoperabilità dei Sistemi Informatici. L'Ehds ha il potenziale per rivoluzionare la ricerca sanitaria in Europa, fornendo ai ricercatori strumenti e risorse preziose per esplorare nuove frontiere nella comprensione e nel trattamento delle malattie, migliorando così la salute e il benessere della popolazione».

CRONICITÀ E ADERENZA ALLE CURE. La presa in carico precoce del paziente cronico deve diventare la priorità - anche e soprattutto in un futuro digitalizzato - se si vogliono trovare le soluzioni in grado di frenare il processo degenerativo della patologia e la necessità di ricorrere poi a prestazioni complesse e costose. Altro tema centrale è l'aderenza alle cure e ai controlli poiché, come emerge da tutti gli studi condotti a livello

nazionale, la percentuale di pazienti cronici che seguono i percorsi terapeutici è comunque basso ed oscilla fra il 30 e il 50% del totale, a seconda della patologia. Non aderire ai controlli vuol dire perdere l'occasione di arrestare il processo degenerativo e alimentare impropriamente gli accessi in pronto soccorso o in ospedale.

TAVOLI DI LAVORO PER CONFRONTI NECESSARI. «Dopo questo appuntamento - suggeriscono Giorgio Casati e Felicia Pelagalli - sarebbe necessario e opportuno aprire ulteriori occasioni di confronto, o tavoli di lavoro: sulla governance dei dati sanitari e lo sviluppo dell'IA e sui nuovi modelli digitali di servizio sanitario. La telemedicina non può essere intesa soltanto come una modalità diversa di lavoro, ma uno strumento per entrare in relazione con il paziente in maniera differente, più vicina».

La presa in carico digitale del paziente presuppone un'attività di regolamentazione nuova, che contempra, per esempio, la partecipazione dei medici di medicina generale insieme agli specialisti, non tralasciando l'aspetto sindacale necessario a ridefinire i ruoli e i rapporti tra operatori. A proposito della piattaforma nazionale di telemedicina Domenico Mantoan, Direttore Generale Agenas, rammenta che «quello che stiamo facendo è un investimento superiore, un sistema che a livello centrale permette di usare i dati sanitari, non solo per la cura, ma anche per la programmazione. L'investimento sta continuando, il nostro è stato un lavoro in collaborazione con l'Anac che ci ha dato un supporto straordinario».

Inoltre, come ribadito da Alice Borghini, dirigente dell'Organizzazione dei modelli sanitari territoriali dell'Agenas, il 2024 sarà l'anno della messa a punto della piattaforma nazionale di telemedicina. «Nel corso dell'anno - dice - ci sarà una integrazione delle piattaforme regionali e si costituirà l'infrastruttura nazionale di telemedicina. Sarà il primo step per far sì che il sistema sia funzionale. Il 2024 sarà l'anno in cui tutti gli investimenti saranno messi insieme e inizieranno a parlarsi».

TRATTAMENTO DEI DATI. La pandemia è stato «uno stress test senza uguali che l'Europa ha superato a pieni voti», secondo Guido Scorza. «È stato possibile - aggiunge - introdurre il Green pass in 15 giorni grazie al Gdpr, il Regolamento generale europeo per la protezione dei dati personali nonché per la loro libera circolazione. Nessuno dei nuovi provvedimenti ha derogato dal Regolamento. Non per un senso di rispetto verso la privacy ma perché non c'è bisogno che ci sia». Per il giurista, in particolare, «la competenza interdisciplinare è fondamentale nei progetti che mettono insieme salute e innovazione. Il mondo è cambiato e credo che potrebbe saltare nei prossimi cinque anni la stessa linea di confine fra il dato comune e il dato particolare. Le regole le dobbiamo rivedere, ragioniamoci insieme».

Altro tema importante è la qualità dei dati che non dovrebbero limitarsi all'età o al luogo di residenza ma essere estesi per esempio al titolo di studio, tipo di lavoro e condizione economica. I dati del censimento potrebbero

essere utilmente collegati a quelli sanitari per avere l'opportunità di identificare dei profili di persone con determinate caratteristiche di vita su cui è opportuno concentrare l'attenzione e l'azione della prevenzione dell'azienda sanitaria. Tutto questo, ovviamente, può essere trattato anche attraverso sistemi di Intelligenza Artificiale che aiutino a leggere e interpretare un volume importante e spesso eccessivo di informazioni e di dati.

L'AIUTO DELL'ETICA. Sul tema dell'utilizzo dei dati personali e sanitari è intervenuto Monsignor Paglia. «Dobbiamo - invita - restare noi coloro che guidano la macchina. La tecnologia, come l'intelligenza artificiale, è da abbracciare con entusiasmo tenendo presente però le coordinate» perché, specie nel campo medico, «non possiamo affidare alla macchina la gestione della salute di una persona».

Sul livello di digitalizzazione in Italia si è espresso in maniera positiva Paolo Colli Franzone, presidente dell'Istituto per il Management Innovazione in sanità Imis. «Spendiamo poco - spiega - in tecnologie informatiche sanitarie rispetto ad altri Paesi ma tutto sommato ne abbiamo tante nelle strutture sanitarie. Anche l'intelligenza artificiale è diffusa come per esempio nella radiologia per immagini». Fra le criticità, Colli Franzone nota come i medici vorrebbero essere maggiormente coinvolti nel processo di innovazione.

TERRITORIO. A livello locale, le aziende sanitarie si stanno già muovendo con esperienze sul campo per agevolare la lettura dei dati e individuare così gli eventuali alert. «Nella Asl Roma 2 - evidenzia Casati - abbiamo creato una prima banca dati degli assistiti. Stiamo per sottoscrivere un accordo con il Campidoglio per valutare la possibilità, nel rispetto della normativa sulla privacy, di poter mettere insieme i dati della Asl e del Comune sulla popolazione, per fare analisi più approfondite. Abbiamo già realizzato un modello di telemedicina presso l'Ospedale di Rebibbia e un modello di Ospedale virtuale, riconosciuto e premiato anche da Agenas». Ma soprattutto, va rafforzato sin dall'inizio del progetto il dialogo tra ente centrale, Regioni e aziende sanitarie locali per far sì che non accada quanto Paolo Petralia ha spiegato: «Io sono medico. E come qualunque altro professionista di una scienza empirica è normale che si impari da chi ci ha preceduto e si trasferisca quello che si sta facendo a quelli che seguiranno, è una cosa scontata. Nel nostro agire quotidiano in sanità, però, questo rischia di non esser sempre vero. Perché noi facciamo le cose e poi non riusciamo a dare continuità di valore: perché nella governance multilivello in cui il nostro Paese avvolge le dimensioni centrali, nazionali, regionali, locali della sanità, spesso ci si perde. E avviene che le aziende sanitarie vengano anche premiate dallo stesso soggetto regolatore come esperienze innovative, avanzate, sperimentazioni utili al sistema e poi, però, non vengano chiamate, per caso, al tavolo dove quelle cose vengono decise».

AVVIO DEL LAVORO DI SQUADRA Durante il confronto è emersa dunque

la necessità di avviare un lavoro sinergico in cui tutti gli attori vengano coordinati dall'unica regia del ministero della Salute. Senza il coordinamento, il rischio che si corre è di aumentare il livello di complessità del sistema ma non di mettere a terra i risultati. Non si tratta quindi solo di aumentare le prestazioni in telemedicina, ma capire a quali bisogni si è risposto, gli esiti dell'intervento e quanti pazienti sono stati effettivamente presi in carico in modo semplice ed efficace.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

16 gen
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Fnomceo: giudizio positivo sulla legge Ue relativa ai rischi da agenti cancerogeni o mutageni

Giudizio positivo, da parte della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, sulla Legge di delegazione europea nella parte in cui recepisce la nuova direttiva sulla tutela dei lavoratori contro i rischi da esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni. Con due raccomandazioni: la consultazione periodica, per registrare e recepire eventuali variazioni, delle Schede Dati Sicurezza e delle Etichette previste dal “Regolamento CLP”, sulla classificazione etichettature e imballaggi di sostanze e miscele, ai fini della compilazione del Documento di Valutazione dei Rischi. E, soprattutto, un periodo di addestramento specifico per i lavoratori esposti al rischio di sostanze cancerogene, mutagene e reprotossiche, che hanno cioè effetti nocivi sulla salute riproduttiva. Addestramento che dovrebbe essere effettuato a integrazione e completamento di un percorso di informazione e formazione, come previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza e Salute sui luoghi di lavoro. È quanto è emerso questa mattina dall’audizione della Fnomceo sulla Legge di delegazione europea 2022/2023 (Ddl 969) e in particolare sull’articolo 8, volto a recepire la direttiva (UE) 2022/431, che modifica la direttiva 2004/37/CE sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un’esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni. A rappresentare la Federazione di fronte alla Commissione Politiche dell’Unione europea del



Senato, Domenico Della Porta, presidente Osservatorio Nazionale Malattie Occupazionali e Ambientali dell'Università degli Studi di Salerno e Primario di Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro sempre a Salerno.

“Considerando le evidenze emerse negli ultimi anni – ha spiegato Della Porta - si è ritenuto di aggiornare la direttiva 2004/37/CE, relativa alla gestione delle sostanze cancerogene e mutagene in ambiente di lavoro, con l'inserimento anche delle sostanze reprotossiche. È stata quindi emanata il 09/03/2022 la direttiva UE 2022/431 del Parlamento europeo e del Consiglio, il cui recepimento è previsto entro febbraio 2024, e prevede misure di gestione del rischio più stringenti e tutelanti in caso di esposizione a reprotossici in ambiente di lavoro, per i quali si esprime un parere di idoneità per la tutela della salute da parte dei prestatori d'opera”.

“Si giudicano positivamente – ha continuato - i profili generali della disciplina oggetto delle suddette estensione e modifica, declinate nell'art.8 dell'A.S. n.969, che concernono l'individuazione e la valutazione dei rischi, l'esclusione o riduzione dell'esposizione (anche con la previsione di relativi valori limite), le informazioni da fornire all'autorità competente, le misure per i casi (prevedibili o non prevedibili) di aumento dell'esposizione, l'accesso alle zone di rischio, le misure igieniche e di protezione individuale, l'informazione e la formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti, la consultazione e partecipazione degli stessi, la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti, la conservazione della documentazione”.

“Si raccomanda, altresì – ha concluso - la consultazione delle Schede Dati Sicurezza SDS e le Etichette previste dal Regolamento CLP, peraltro riportate nelle note al Titolo IX, per la elaborazione del DVR e la redazione del Protocollo Sanitario a margine della Sorveglianza Sanitaria; e un periodo di addestramento specifico per i lavoratori esposti al rischio sostanze CMR (Cancerogeno Mutageno Reprotossico) per consentire l'acquisizione di particolari capacità mediante l'osservanza di regole prestabilite o suggerite dall'esperienza. L'addestramento viene effettuato a integrazione e completamento di un percorso di informazione e formazione in materia di salute e sicurezza del lavoratore. Come previsto dal comma 5 dell'art 37 del D Lgs. 81/2008, modificato a dicembre 2021 dalla Legge 215/21”.

Della Porta ha premesso di essersi soffermato, nella sua relazione, sui rischi specifici del comparto sanità.

Anestetici, disinfettanti, come quelli a base di formaldeide, farmaci citossici sono i principali prodotti, utilizzati in ambito sanitario, che contengono sostanze cancerogene, mutagene e reprotossiche.

“Eventuali intossicazioni acute – ha affermato Della Porta - dall'uso delle predette sostanze, presenti in combinazione in prodotti usati nel predetto comparto, possono accadere solamente per cause accidentali, in quanto la normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro, se

correttamente applicata, protegge adeguatamente i lavoratori e le indicazioni segnalate dall'etichetta, se messe in atto con tempestività, riescono a contenere i danni”.

Per quanto riguarda l'esposizione a lungo termine, anche se l'approccio più funzionale è quello di eliminare per quanto possibile queste sostanze dal ciclo produttivo e quindi dagli ambienti di lavoro – tanto che si parla oggi di ospedali “formaldeide free” – è evidente come non sempre sia possibile. Entra quindi in gioco la prevenzione secondaria, con un ruolo importante del medico competente e dei protocolli di sorveglianza sanitaria, in particolare per quanto riguarda la reprotossicità e dunque la tutela della salute riproduttiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4 | Vaccini, appello Calendario per la vita: offrire anti-Rsv dal prossimo inverno

Il board del Calendario per la vita lancia un appello al ministero della Salute contro il virus respiratorio sinciziale (Rsv): "Si faccia parte attiva con il Governo affinché siano individuate le risorse necessarie alle Regioni per garantire l'offerta attiva" di vaccino anti-Rsv "per la prossima stagione invernale 2024-2025". Si tratta infatti di una "nuova fondamentale possibilità di prevenzione" per anziani e adulti a rischio, affermano gli esperti del board composto da Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (Siti), presidente Roberta Siliquini; Società italiana di pediatria (Sip), presidente Annamaria Staiano; Federazione italiana medici pediatri (Fimp), presidente Antonio D'Avino; Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), segretario generale Silvestro Scotti.

"In un momento di particolare diffusione delle sindromi influenzali, di cui si vede in questi giorni tutta l'importanza e impatto sulla salute della nostra popolazione", il board del Calendario per la vita ritiene "importante sottolineare il rilievo, oltre ai tradizionali vaccini contro influenza, Covid, pneumococco e pertosse, di nuovi strumenti di prevenzione finora non disponibili, rappresentati dai vaccini contro il virus respiratorio sinciziale (Vrs o Rsv). Questo virus, noto come causa di bronchioliti nei bambini piccoli - ricordano igienisti, pediatri e medici di famiglia - è anche molto rilevante per la salute degli anziani e degli adulti con malattie croniche, in cui determina spesso complicanze importanti quali polmoniti e bronchiti, ospedalizzazioni e morti. Si ricorda come nell'inverno dell'anno scorso (2022-2023) in Italia l'Rsv abbia rappresentato nella popolazione ultra 65enne oltre il 21% delle sindromi respiratorie acute, contro il 38% del virus dell'influenza, il 21% di Sars-CoV-2 ed il 20% di tutti gli altri virus respiratori (dati RespiVirNet)".

"I nuovi vaccini hanno dimostrato elevata efficacia contro le malattie da Rsv, oltre l'80% nella prima stagione invernale dopo la vaccinazione, sono sicuri e proteggono anche nella seconda stagione fredda successiva alla



singola dose", afferma Paolo Bonanni, coordinatore scientifico del board del Calendario per la vita. Pertanto, "sulla base delle evidenze scientifiche che abbiamo riportato nel nostro documento, raccomandiamo dalla prossima stagione autunnale l'utilizzo dei nuovi vaccini Rsv nella popolazione dai 75 anni in su e negli ultra 60enni affetti da malattie croniche, che rendono l'infezione ancora più pericolosa per la salute. Auspichiamo - conclude - che il ministero della Salute si faccia parte attiva con il Governo affinché siano individuate le risorse necessarie".



Uno studio dello Shanghai Chest Hospital e dell'università Jiao Tong ha riabilitato il fruttosio contenuto in alcuni ortaggi e frutta. Si è rivelato in grado di rafforzare la risposta immunitaria contro le neoplasie

La lotta al cancro ha un dolce alleato

PREVENZIONE

Lo zucchero contenuto nella frutta potrebbe rivelarsi un alleato nella prevenzione e nella cura di alcuni tumori. È quanto suggerisce una ricerca dello Shanghai Chest Hospital e dell'università Jiao Tong della stessa città che viene a mettere in discussione studi precedenti, in particolare uno pubblicato su *Cell Metabolism* con il significativo titolo *La morte bianca*, che indicava nel fruttosio un fattore di rischio per la comparsa di tumori.

Secondo lo studio cinese appena pubblicato (anche questo su *Cell Metabolism*) al contrario, il fruttosio, ovvero lo zucchero contenuto nella frutta e nel miele (quello bianco da tavola è il saccarosio, composto dall'unione di una molecola di fruttosio e una di glucosio), potrebbe aiutare il nostro sistema immunitario a combattere i tumori.

LA DIETA

I ricercatori sono arrivati a queste conclusioni sottoponendo ad una dieta ricca di fruttosio alcuni topini ed esponendoli in seguito a cellule di melanoma. La crescita del tumore in queste bestiole è risultata soppressa. Al contrario, nei topini mantenuti a dieta standard, le cellule di melanoma proliferavano. Un risultato inatteso visto che da tempo è noto che un elevato consumo di fruttosio si associa nei laboratori alla crescita di alcuni tumori (in particolare a quelli intestinali) e delle metastasi. Lo studio dei ricercatori cinesi dimostra invece che il fruttosio, modulando il metabolismo delle cellule del grasso, induce la produzione dell'ormone leptina che, a sua volta, va a potenziare le ri-

sposte immunitarie contro i tumori.

LE FONTI

Ricordiamo che il fruttosio è presente nella frutta, nel miele e negli ortaggi. Ne sono, inoltre, particolarmente ricche le carote, i fichi, le prugne, i peperoni, le zucchine, le banane e le mele. Gli autori dello studio hanno evidenziato anche la presenza di una correlazione tra elevati livelli di leptina e di frut-

tosio nel sangue da una parte e una migliore risposta immunitaria anti-tumorale nei pazienti affetti da tumore del polmone. Questo non si verifica in altre forme tumorali, quali ad esempio il cancro del colon retto.

Insomma, il consumo di fruttosio giocherebbe un ruolo potenzialmente importante nel modulare il metabolismo delle cellule adipose, potenziando la risposta immunitaria contro le cellule tumorali (ma solo in alcuni tumori) e suggerisce che questo asse fruttosio-leptina potrebbe essere sfruttato anche per potenziare l'efficacia dell'immunoterapia nel trattamento di alcune forme tumorali. Lo zucchero della frutta in altre parole, come titola un editoriale di commento allo studio, pubblicato su *Nature Immunology* «addolcisce le risposte anti-tumorali».

LA CRESCITA

«Questo studio – commenta il professor Paolo Ascierto, presidente della Fondazione Melanoma e Direttore dell'Unità di Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative del Pascale di Na-

poli – suggerisce che una dieta ricca di fruttosio è in grado di rafforzare la risposta immunitaria contro il cancro, controllandone la crescita. Il fruttosio alimentare insomma sembra promuovere l'immunità antitumorale delle cellule. Ma attenzione, questo non significa che fare incetta di zuccheri aiuti automaticamente a contrastare il tumore. I risultati di questo studio suggeriscono che, come per il TVA, Acido Trans-Vaccenico, una sostanza contenuta nella carne che potenzia l'efficacia dell'immunoterapia, anche per il fruttosio, potrebbe non essere tutto bianco o nero».

In altre parole, carne rossa e fruttosio, considerati finora come ne-

mici della salute senza appello, potrebbero anche contenere delle sostanze amiche o promuovere effetti positivi per la salute. «Saranno, dunque, necessari ulteriori studi – conclude Ascierto – per aiutarci a comprendere se e come sia possibile sfruttare il fruttosio per rafforzare l'azione del nostro sistema immunitario contro alcuni tipi di tumore».

LO SCIROPPO

Nel frattempo, la prudenza è d'obbligo. Questo studio non rappresenta una riabilitazione a 360 gradi del fruttosio, che bisogna continuare a considerare un nemico per la salute soprattutto quando consumato in modo eccessivo. Un problema questo molto senti-



to negli Usa, dove a causa dell'enorme produzione del mais, tutti i prodotti dolciari, la cioccolata e le bevande sono dolcificati con sciroppo di mais ad elevata contenuto di fruttosio, considerato una delle principali cause dell'epidemia di diabete, obesità e "fegato grasso" (steatoepatite) che affligge quel Paese.

Il semaforo resta, dunque, rosso per il consumo eccessivo di frutto-

sio, ma anche di saccarosio, cioè del comune zucchero da cucina. Anche in versione di canna. Via libera, comunque, alla frutta ai pasti o come spuntino e al miele per rendere più golosa una fetta di pane o una bevanda.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

55.900

I casi di cancro al seno nel 2023, i più frequenti assieme a colon, polmone, prostata e vescica

1.070

Le persone che ogni giorno, in Italia, ricevono una diagnosi di cancro: + 18 mila casi negli ultimi 3 anni



35-40%

Percentuale dei casi di cancro che potrebbero essere evitati senza fumo, alcool, obesità, sedentarietà

20%

Un tumore maschile su 5 riguarda la prostata, segue il polmone. Nelle donne il seno e il colon-retto

800

Oli adolescenti (età tra 15 e 19 anni) che ogni anno nel nostro Paese ricevono una diagnosi di tumore

3,6

I milioni di persone che vivono in Italia dopo una diagnosi di tumore, 1 milione è guarito

5

In migliaia le nuove diagnosi l'anno di tumori dal papillomavirus: la metà della cervice uterina

6

In migliaia i casi di tumore al seno nelle donne da abuso di alcool, pari all'11% delle nuove diagnosi

PAOLO ASCIERTO, RICERCATORE ONCOLOGO DEL PASCALE DI NAPOLI: «ATTENZIONE COMUNQUE ALLE DOSI DA CONSUMARE OGNI GIORNO»

IL FRUTTOSIO SI TROVA IN GRANDI QUANTITÀ IN CAROTE, PEPERONI, ZUCCHINE, PRUGNE, BANANE, MELE, FICHI E ANCHE NEL MIELE



Image by bearfotos on Freepik



I medici internisti

Farmaci, le istruzioni per l'uso

Sempre più diffuso il fai-da-te con i farmaci. Soprattutto tra gli over 65. Per questo la Società Italiana di Medicina Interna (Simi) ha deciso di proporre "istruzioni per l'uso".
Prima regola: quando il paziente va da diversi specialisti comunicare sempre, a ognuno, di essere già in terapia e con quali farmaci. «È

importante - consiglia Giorgio Sesti, presidente della Società Italiana di Medicina Interna - informare sempre il medico delle terapie. È bene inoltre informare anche il medico di famiglia delle terapie proposte dai diversi specialisti, per verificare che non ci siano per problemi di incompatibilità e interferenza. Come, per esempio, antibiotici o contraccettivi

orali». Portare sempre nel portafoglio la lista dei farmaci assunti. Evitare, inoltre, di assumere i medicinali con latte, pompelmo o con bevande alcoliche, perché questo può ridurne o aumentarne l'assorbimento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Quando il cervello diventò la forza dell'homo sapiens

Giulio Maira *

Una tra le questioni più appassionanti delle neuroscienze è: qual è l'origine delle facoltà cognitive dell'uomo? In cosa consiste di preciso questa svolta evolutiva che ha portato all'homo sapiens? Domande complesse alle quali possiamo soltanto cercare di dare qualche risposta.

GLI EMISFERI

Innanzitutto abbiamo sviluppato un grande cervello. Alcuni ricercatori, studiando la collezione di cervelli di primati del Museo di Storia Naturale di Parigi, hanno constatato che il nostro è chiaramente il cervello più grande. È stata straordinaria l'espansione della corteccia prefrontale, un rigonfiamento della superficie del lobo frontale, a cui affidiamo numerose attività cognitive di livello elevato. Il cervello, ingrandendosi, si è ripiegato, permettendo quindi di alloggiare nel cranio ancora più materia grigia. Studiando le pieghe dei due emisferi, si è visto comparire un aspetto nuovo, sono diventati asimmetrici.

L'ATTENZIONE

Le due parti del cervello hanno smesso di essere equivalenti e si sono specializzate in funzioni differenti, in genere il lin-

guaggio a sinistra e l'attenzione visuo-spaziale a destra, e questo è un altro modo per aumentarne le funzioni.

Lo sviluppo funzionale più evidente è stata la comparsa del linguaggio. Tutte le specie comunicano con grida; noi siamo gli unici ad averle trasfor-

mate in una successione di parole organizzate. Siamo anche gli unici a saper elaborare un modello mentale dei pensieri e delle intenzioni altrui, chiamato teoria della mente. In questo ci hanno aiutato i neuroni specchio, una rete di cellule da cui dipendono funzioni come l'empatia o la capacità di apprendere per imitazione, elemento fondamentale per il progresso. Dall'apprendimento deriva l'istruzione e la grande capacità del cervello umano di pensare cose astratte, come la matematica o la scienza, e di proiettarci nel futuro.

LE AREE

Quando il cervello si è ingrandito anche la maggior parte dei fasci di fibre che collegano le aree corticali si sono ispessiti, e ne sono comparsi di nuovi, come il fascicolo arcuato che lega l'area frontale a diverse regioni della corteccia temporale e parietale e svolge un ruolo cruciale per le funzioni del linguaggio.

Pur essendo importante

quanto fino ad oggi si è scoperto sul volume delle aree e sui fasci di connessione, si è anche capito che, oltre che in questo, è nelle modalità di sviluppo, nell'organizzazione dei suoi circuiti, nelle sue proprietà cellulari e molecolari che dovremo cercare l'origine della singolarità del cervello umano.

IL PROGETTO

Nel corso di milioni di anni il progetto evolutivo ci ha dotati di un cervello eccezionale, frutto di continui tentativi, ripensamenti e modificazioni. Ed è da questo organo ancora misterioso che dipende come sarà la nostra vita. Ma ricordiamoci che la natura ci ha dato lo strumento, farlo suonare bene dipende soltanto da noi.

**Professore di Neurochirurgia Humanitas, Milano
Presidente Fondazione Atena Onlus, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il vantaggio degli esseri umani, rispetto agli altri primati, risiede soprattutto nell'evoluzione abn

LA STRAORDINARIA ESPANSIONE DELLA CORTECCIA HA PERMESSO SVILUPPI CLAMOROSI, COME LA COMPARSA DEL LINGUAGGIO



Quasi un anno e mezzo. È il tempo di approvazione dei presidi sanitari di ultima generazione a causa delle lungaggini tra Agenzia italiana del farmaco e Regioni, dopo l'assenso rilasciato dall'Europa. E questo genera, oltre a pericolosi rischi per i pazienti, anche un aggravio di costi per i bilanci della Sanità pubblica.

Se la burocrazia frena i nuovi antitumorali

di Laura Della Pasqua

Ofarmaci innovativi sono un pilastro delle terapie oncologiche. L'Italia ha fatto importanti passi avanti nella cura dei tumori e oggi, per alcune tipologie, è aumentata la possibilità di guarire o di tenere sotto controllo la malattia con trattamenti che danno risultati soddisfacenti e consentono un'aspettativa di vita ben più lunga di quanto non accadesse in passato. In mezzo secolo, per esempio, la sopravvivenza per le donne con diagnosi di cancro al seno è passata dal 30 al 90 per cento.

La ricerca è fondamentale. L'evoluzione e la diffusione delle terapie innovative è stata veloce. In tre anni, dal 2018 al 2021, in Europa sono state commercializzate 46 molecole anti tumore e l'Italia ha garantito la disponibilità a 38, collocandosi al terzo posto dopo Germania (45) e Svizzera (41) e davanti a Francia (33), Grecia (32), Svezia (30) e Spagna (26). Appare pertanto un paradosso che per avere accesso ai nuovi farmaci, convalidati dalle autorità

preposte, i pazienti debbano aspettare anni. Eppure una serie di fattori, dalle lungaggini burocratiche autorizzative ai problemi di bilancio, perché sono presidi sanitari costosi, rappresentano paletti all'arrivo rapido delle terapie salvavita sul bancone del farmacista, generando un ritardo nel trattamento dei pazienti i cui risvolti clinici sono di difficile valutazione.

Basti pensare che l'iter di approvazione di un medicinale da parte dell'Agenzia del farmaco-Aifa, in genere successivo al semaforo verde dell'Emma (l'Agenzia europea), è di circa 14 mesi cui vanno poi aggiunti i «placet» regionali che variano dai 129 giorni di media del Piemonte ai 279 della Basilicata. Questo impasse mette a rischio la vita di persone affette da malattie gravi, potrebbe essere risolto con un riesame delle regole di approvazione dei medicinali.

In Europa, il nostro Paese è ai primi posti per quanto riguarda il numero di farmaci resi disponibili ai pazienti,



secondo solo a Germania e Danimarca, con 127 nuovi preparati introdotti tra il 2017 e il 2020; scende però al 14° posto della classifica continentale se si considera il «tempo di disponibilità» medio, ovvero il periodo necessario tra l'autorizzazione all'entrata in commercio e l'accesso alla lista di rimborso, con una media di 419 giorni come rende noto l'Aiom, l'Associazione di oncologia medica. Significa che il malato deve aspettare quasi un anno e mezzo per avere una terapia di ultima generazione.

Ci troviamo dunque di fronte a due alternative: o si abbreviano i tempi del «via libera», o si crea un sistema di accesso anticipato ai farmaci, permettendo ai pazienti di disporre di un trattamento che abbia già ricevuto l'assenso dall'EMA ma non ancora l'Autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) da parte dell'Aifa. Gli esempi in Europa di questo percorso efficace non mancano. In Germania, tutti i farmaci sono disponibili sul mercato il giorno successivo all'approvazione dell'EMA, al prezzo stabilito dal produttore. Dopo una prima valutazione dei benefici, viene avviata la negoziazione del prezzo. Se non si arriva a un accordo entro una data prestabilita, subentra l'arbitrato.

In Francia i salvavita per malattie gravi e rare, sono resi disponibili anche prima dell'approvazione dell'EMA negoziando un prezzo con il produttore entro un tetto massimo di spesa. Per risolvere il problema della sostenibilità finanziaria, c'è un meccanismo di pay back, di compensazioni post-approvazione. Anche il Regno Unito prevede condizioni di accesso anticipato «pre-riborso» attraverso il Cancer Fund.

Una ricerca di Crea Sanità ha valutato quale sarebbe l'impatto di procedure veloci di accesso ai farmaci oncologici innovativi in Italia. Nel caso del carcinoma mammario, considerando i mesi necessari alla negoziazione del prezzo, con la procedura accelerata sarebbe possibile evitare oltre seimila casi di progressione con un risparmio economico potenziale per il Servizio sanitario nazionale di oltre 48,2 milioni di euro. Nel carcinoma polmonare si stimano invece oltre 1.700 progressioni che, se prevenute, farebbero economizzare al Ssn oltre 10,6 milioni. Infine, sarebbe possibile prevenire fino a 280 recidive di melanoma, con una minore spesa compresa tra 6,7 e 10,4 milioni di euro.

«Nel nostro Paese, ogni giorno, 1.070 persone si ammalano di cancro» afferma Saverio Cinieri, presidente della Fondazione Aiom «Nel 2022 i nuovi casi sono stati 390.700. La sopravvivenza a cinque anni è pari al 65 per cento nelle donne e al 59 per cento negli uomini, e raggiunge il 90 per cento in neoplasie molto frequenti come quelle della mammella e della prostata. Questi dati collocano l'Italia ai primi posti nel mondo per le terapie e dimostrano il grande livello raggiunto dall'oncologia italiana. Però i cittadini colpiti dal cancro devono attendere ancora 14 mesi per poter essere trattati con prodotti innovativi già approvati a livello europeo».

Un'altra causa dei tempi prolungati sono i Prontuari terapeutici regionali. Accanto al Servizio sanitario nazionale, convivono infatti 19 Regioni e due Province autonome. E in 10 Regioni sono ancora presenti i Prontuari terapeutici (ospedalieri) regionali, cioè liste di farmaci prescrivibili all'interno degli ospedali, pubblici e privati, accreditati.

Alcune Regioni, prima della commercializzazione, richiedono un ulteriore monitoraggio che è vincolante. «È un passaggio che non ha senso» ribadisce con vigore Cinieri e spiega perché: «Una volta che una commissione nazionale, quale è l'Aifa, ha stabilito prezzo e modalità di somministrazione del medicinale, e spesso non è altro che una traduzione in italiano di ciò che ha deciso l'EMA, non capisco perché una Regione debba rifare un'altra commissione per arrivare alle stesse conclusioni».

Inoltre le varie amministrazioni si comportano in modo diverso e il paziente è costretto magari a spostarsi per aver accesso a cure più adatte alla sua situazione. E non è detto che ciò avvenga, come si sarebbe portati a credere nel Mezzogiorno. Cinieri sostiene, ma non intende fare nomi, che anche in alcune Regioni del Settentrione si applica la trafila più lunga. Di qui la richiesta dell'Aiom di abolire i prontuari terapeutici regionali almeno per i farmaci oncologici e di consentire l'immediata disponibilità dopo la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

E se dietro ai tempi lunghi ci fossero anche motivazioni economiche? I farmaci per malattie gravi sono molto costosi e le Regioni sarebbero indotte a temporeggiare. «È possibile» aggiunge Cinieri «ma a mio parere è essenzialmente un problema burocratico. La Regione ha la necessità di esistere, di ribadire il proprio ruolo, ma così si creano duplicazioni di passaggi in cui a rimetterci è il malato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una causa dei tempi prolungati sono i Prontuari terapeutici regionali. Accanto al Servizio sanitario nazionale (Ssn), convivono 19 Regioni e due Province autonome

«Approvato il farmaco da una commissione nazionale come l'Aifa, non si capisce perché una Regione debba fare una sua commissione per arrivare alle stesse conclusioni»

Saverio Cinieri
presidente della Fondazione Aiom



6 | Nel sistema immunitario la 'regia' della memoria, studio Humanitas

Nel sistema immunitario la 'regia' dei ricordi. Uno studio guidato dall'Italia svela che le cellule cerebrali della microglia, il baluardo che difende il sistema nervoso centrale dall'attacco di nemici esterni, traumi o infezioni, hanno anche il compito di guidare lo sviluppo e la maturazione delle aree dell'ippocampo deputate alla memoria. E lo fanno modificando il metabolismo dei neuroni che compongono queste aree. La ricerca, pubblicata su 'Immunity', è coordinata da Michela Matteoli, professoressa ordinaria di Farmacologia in Humanitas University e direttrice del Programma di Neuroscienze dell'Irccs Istituto clinico Humanitas alle porte di Milano. Il lavoro aggiunge "un tassello inedito al puzzle sulla relazione complessa tra immunità e sistema nervoso", una tessera che "potrebbe cambiare il nostro approccio a diverse malattie del neurosviluppo e neurodegenerative, tra cui l'Alzheimer", è la speranza degli autori. "Abbiamo scoperto - afferma Matteoli - che se il recettore della microglia Trem2 non funziona correttamente, i neuroni della memoria nell'ippocampo presentano anomalie nel loro metabolismo energetico durante lo sviluppo, con implicazioni che si protraggono nel tempo. La scoperta è entusiasmante non solo perché svela una funzione inedita delle cellule della microglia, ma perché sappiamo che difetti nel metabolismo dei neuroni in questa area sono coinvolti in diverse malattie neurodegenerative, tra cui l'Alzheimer. Il fatto poi che mutazioni in Trem2 costituiscano un fattore di rischio per l'insorgenza della malattia, come dimostrato alcuni anni fa da studi di screening genetico su pazienti, suggerisce la rilevanza di questo processo".

Lo studio, preclinico, è stato condotto in collaborazione con il gruppo di Simona Lodato, a capo del Laboratorio di Neurosviluppo di Humanitas e docente di Istologia ed Embriologia di Humanitas University, Katia Cortese dell'università di Genova e Rafael Arguello del Centro nazionale della ricerca scientifica (Cnrs) di Marsiglia, Francia. Tra i finanziamenti che l'hanno reso possibile un Erc Advanced Grant ottenuto da Matteoli nel



2022 dal Consiglio europeo della ricerca e una borsa postdoc del programma HiPPO di Fondazione Humanitas per la ricerca, che ha sostenuto il lavoro di Erica Tagliatti, prima autrice dell'articolo insieme a Genni Desiato.

Negli ultimi anni - spiegano da Humanitas - l'idea del cervello come organo privilegiato dal punto di vista immunologico, isolato dal resto dell'organismo, è stata rivoluzionata. Oggi sappiamo che a partire dalle prime fasi dello sviluppo fino all'invecchiamento il dialogo continuo tra cellule nervose e cellule immunitarie garantisce il funzionamento del cervello e che le sue alterazioni sono anzi coinvolte in molteplici malattie. Protagoniste assolute di questa continua interazione sono le cellule della microglia, le cellule immunitarie che risiedono nel cervello, e in particolare un loro recettore chiamato Trem2, coinvolto in molti processi e identificato già nel 2013 perché quando mutato aumenta il rischio di sviluppare demenza e Alzheimer.

Il meccanismo all'origine del link tra versioni difettose di Trem2 e insorgenza dell'Alzheimer è ancora oggetto di studio. Scoprirlo potrebbe aprire la strada allo sviluppo di nuovi approcci terapeutici per la malattia, ancora orfana di cure efficaci. Il nuovo lavoro, seppur limitato a modelli sperimentali, è ritenuto rilevante perché svela un ruolo inedito di Trem2 proprio nella formazione e nel funzionamento delle aree che presiedono alla memoria, quelle più colpite dalla malattia di Alzheimer.

"Secondo i risultati ottenuti in laboratorio - illustrano Tagliatti e Desiato - in assenza di Trem2 i neuroni che compongono l'area della memoria nell'ippocampo non solo si sviluppano in ritardo, ma presentano delle anomalie di trascrizione e comportamento che permangono nel tempo, soprattutto di tipo metabolico: se manca Trem2 nella microglia, i mitocondri dei neuroni, che sono delle vere e proprie 'centrali energetiche' delle cellule, sono in numero inferiore e hanno una struttura e una funzionalità ridotta. Per la prima volta abbiamo dimostrato che le cellule della microglia e il loro recettore Trem2 hanno un ruolo nel controllare la maturazione dei neuroni della memoria e soprattutto il loro profilo metabolico".



La scoperta è stata condotta in laboratorio e su modelli preclinici, quindi "saranno necessarie ulteriori ricerche per capire le sue reali implicazioni nello studio di malattie come demenze e Alzheimer", precisa Humanitas. Ma per gli scienziati "le strade aperte sono tante. I pazienti con varianti genetiche di Trem2 potrebbero infatti avere problemi di metabolismo proprio nell'area del cervello deputata alla memoria, problemi che potrebbero indebolire l'area e renderla più suscettibile alla neurodegenerazione. Non solo. L'impatto metabolico della mancanza di Trem2, osservato durante lo sviluppo, potrebbe ripresentarsi in età avanzata, quando sappiamo che i livelli del recettore si riducono in modo fisiologico".

"Questa ricerca - commenta Matteoli - dimostra ancora una volta che nel cervello lo sviluppo e l'invecchiamento sono due facce della stessa medaglia e dovrebbero essere studiati congiuntamente. Negli ultimi anni, per esempio, si è scoperto che alcune proteine implicate nei disturbi neurodegenerativi svolgono un ruolo importante già durante lo sviluppo del cervello. Processi disfunzionali a carico di tali proteine durante lo sviluppo possono quindi produrre effetti a lungo termine, anche perché influiscono su un tessuto, come il tessuto nervoso, che non subisce il continuo rinnovo cellulare osservato in altri organi del corpo".



FUTURO INCERTO

 Universitari a rischio
 ansia e depressione

Ceredani a pagina 7

Universitari, il grande malessere

«Risposte al disagio degli studenti»

ANDREA CEREDANI

È tempo di esami per Virginia, 23enne al quarto anno di Medicina, e l'ansia inizia a montare. Per lei, che trascorre intere giornate nella biblioteca di Padova, sessione è sinonimo di stomaco chiuso e insonnia: studiando patologia generale non ha dormito per una settimana intera, mentre cardiologia l'ha fatta smettere di mangiare. «Andavo a letto e il mio cervello continuava a sfogliare le pagine del manuale senza sosta - racconta -. Ricordo che mia madre mi fece un piatto di riso in bianco: mi è durato per tre giorni a pranzo e a cena». Nelle sue stesse condizioni, assicura, sono moltissimi colleghi in tutta Italia: «Finniamo per diventare pazzi». In realtà - più che di pazzia - si tratta di ansia, depressione e

stress. Che colpiscono gli universitari più dei loro coetanei lavoratori. Secondo una ricerca condotta dall'University College di Londra, pubblicata nel 2023 sulla rivista *Lancet public health*, senza iscriversi all'università i giovani di 18 e 19 anni ridurrebbero del 6% il rischio di ansia e depressione. Il motivo? Il peso

economico degli studi, che spesso costringe al lavoro part-time, e la preoccupazione per i risultati. In Italia, secondo l'Istat, il 33% degli universitari soffre di ansia e il 27% di depressione. Molti rischiano il ritiro sociale e la rinuncia agli studi, con tassi di abbandono in costante aumento (nel 2022 la vetta al 7,3%, dati Mur). Alcuni arrivano a gesti estremi: dei circa 200 suicidi annuali fra gli under 24, la stragrande maggioranza riguarda studenti universitari (Istat).

Ansia da prestazione e senso di precarietà sono i primi campanelli d'allarme. E le responsabilità, secondo i diretti interessati, sarebbero da attribuire a un'università troppo fredda e lontana. «Quando ti affacci per la prima volta in un'aula - ragiona Alessia Conti, presidente del Consiglio nazionale degli studenti universitari - sei in un marasma circondato da 300 o 400 sconosciuti. Il docente non ti conosce e non saprà mai come ti chiami. E sei consapevole che il tuo percorso di studi ti farà entrare in un mondo del lavoro instabile». Tutto si complica, poi, quando i disturbi della psiche si riflettono sul libretto universitario: per i fuori corso le tasse subiscono impennate dal 20% al 40%. «È aberrante», commenta Conti.

Così, condizionati da questa spada di Damocle, gli studenti vivono gli esami come osta-

coli insuperabili. «Somatizzo tutte le mie preoccupazioni - confessa Elena, 23 anni, studentessa di Ingegneria a Firenze -. Non vedendo la fine del programma, accumulo le ore davanti ai libri e mi viene l'ansia: la prima cosa che perdi sono i tuoi interessi, poi la vita sociale. Sembra un lockdown che genera solo problemi psichici». Per uscire dal labirinto dei pensieri asfissianti, gli studenti chiedono presidi psicologici permanenti in tutti gli atenei. «La nostra generazione vive in una condizione di precarietà persistente - spiega Camilla Piredda, coordinatrice nazionale dell'Unione degli universitari (Udu) -. Oggi non fare l'università significa essere falliti: decine di suicidi sono il sintomo evidente che cresciamo con l'idea sbagliata di cosa sia un percorso di istruzione». Perciò la soluzione del sindacato studentesco, già presentata con un disegno di legge alla Camera, sarebbe l'istituzione di percorsi di psicoterapia gratuiti in ogni ateneo d'Italia. Non solo: gli universitari scenderebbero venerdì nelle piazze di decine di città italiane per pro-



testare contro il “taglio” (propriamente un mancato rinnovo) ai fondi per i disturbi alimentari, che colpiscono oggi un milione e mezzo di italiani (dati ministero della Salute). «È uno dei disturbi più diffusi nella nostra generazione – commenta Piredda –. Non ci si rende conto di cosa vivano i giovani nel nostro Paese». Ma a fare le spese di un’università «uguale a se stessa da decenni», così la definisce l’Udu, sono soprattutto i più fragili. Laura (il nome è di fantasia ma il disagio è reale), 22 anni, frequenta il terzo anno di Storia e

tutela dei beni artistici a Genova, e vive con disturbi dell’apprendimento, deficit dell’attenzione e iperattività. Eppure, i suoi certificati non sempre convincono i professori. «Durante un colloquio – racconta – un docente mi ha detto che i miei disturbi sono una finzione per semplificarci il lavoro. Sono scoppiata a piangere ed ero disperata». Solo una lettera all’ufficio Inclusione ha permesso alla studentessa, che «fatica il triplo degli altri», di sostenere l’esame con gli strumenti adeguati. Non senza conseguenze sul suo futuro ac-

ademico. «A ottobre dovrei laurearmi – confessa – ma sto pensando di cambiare corso anche per motivi legati alla salute mentale. Vivo tutte le sessioni con ansia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INCHIESTA

Ansia, stress e depressione condizionano la vita di migliaia di ragazzi, in alcuni casi fino all’esito più tragico. La richiesta è unanime: presidi psicologici permanenti in tutti gli atenei



Alessia Conti

Alessia Conti (Cnsu): «Noi siamo nel marasma e i docenti non ci conoscono. Sappiamo soltanto che avremo un lavoro instabile»



Rosa Fioravante

Rosa Fioravante (Adi): «Ci sentiamo soli, le conseguenze più gravi sono per chi sogna di creare una famiglia»



Camilla Piredda

Camilla Piredda (Udu): «Decine di suicidi sono il sintomo che cresciamo con l’idea sbagliata di cosa sia un percorso di istruzione»



16 gen
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Nella carne rossa dei ruminanti un nutriente che aiuta a combattere i tumori

di Elisabetta Bernardi *

Nella carne bovina e ovina e nel latte e derivati esiste una molecola che migliora la risposta immunitaria al cancro. La conferma arriva da un recente studio dell'Università di Chicago pubblicato sulla rivista "Nature": l'acido trans-vaccenico alimentare (Tva) è risultato il composto naturale con una maggiore azione coadiuvante delle terapie antitumorali. I nutrienti derivanti da ciò che mangiamo forniscono i mattoni biosintetici e le molecole regolatorie alla base dei diversi processi fisiologici, e uno dei grandi obiettivi della scienza, è spiegare i meccanismi con cui questi influenzano la nostra salute. Questo nuovo approccio di studio permetterà di fare enormi passi avanti nella ricerca per capire come i singoli nutrienti derivanti dalla dieta impattino sulla nostra risposta immunitaria, sulle difese quindi del nostro organismo e su altri processi biologici, come l'invecchiamento.

Lo studio: l'acido trans-vaccenico contenuto nella carne rossa risulta il composto naturale più potente per coadiuvare una risposta antitumorale

I ricercatori statunitensi hanno iniziato con un database di circa 700 metaboliti conosciuti che provengono dal cibo e hanno individuato un gruppo di "nutrienti circolanti nel sangue", composto da 235 molecole bioattive, presenti nei cibi vegetali e animali. Hanno, quindi, esaminato i



composti di questo nuovo gruppo, selezionando quelli candidati ad avere la maggiore azione coadiuvante delle terapie antitumorali, e ne hanno evidenziati 6. Tra questi, l'acido trans-vaccenico (Tva) alimentare, che si trova specialmente nella carne rossa bovina, nella carne di agnello e nei prodotti lattiero-caseari come il latte e il burro, ha vinto questa "competizione", risultando il composto naturale più potente ed efficace a promuovere direttamente la funzione delle cellule T CD8+ e l'immunità antitumorale in vivo. Le cellule immunitarie T CD8+ sono dette anche cellule T killer, perché svolgono un'importante attività citotossica, cioè sono in grado di uccidere direttamente le cellule infette da virus e le cellule tumorali. La loro funzione è, quindi, fondamentale per combattere il cancro e lo sviluppo di patologie virali e il Tva è in grado di potenziarne enormemente l'attività.

Il Tva della carne rossa e dei latticini aumenta l'efficacia dei trattamenti clinici contro il cancro

Il Tva è la forma predominante degli acidi grassi trans che il nostro corpo non riesce a produrre da solo, ma deve necessariamente essere fornito con l'alimentazione. L'80% del Tva alimentare resta in circolo nel sangue, il restante 20% viene convertito in altri sottoprodotti, come l'acido rumenico, che è uno degli isomeri (stessa massa molecolare e stessa composizione percentuale di atomi, ma differenti strutture o diversi arrangiamenti spaziali degli atomi) dell'Acido Linoleico Coniugato (Cla), già conosciuto per le sue innumerevoli proprietà benefiche e per la sua efficacia contro il cancro. Questi acidi grassi a catena lunga derivano dai processi di deidrogenazione ruminale dei grassi insaturi, ragion per cui si trovano principalmente negli alimenti derivanti dai ruminanti, suggerendo un loro ruolo effettivo nel migliorare la capacità delle cellule immunitarie di combattere i tumori. In particolare, il Tva della carne bovina e ovina e dei latticini rafforza le cellule T CD8+ nell'infiltrarsi nei tumori e ucciderne le cellule maligne, costituendo un valido strumento per aumentare l'efficacia dei trattamenti clinici contro il cancro.

Altri risultati: maggiore efficacia su melanoma e cancro del colon

I ricercatori hanno, poi, condotto una serie di esperimenti con diversi tipi di tumore e hanno visto che i topi nutriti con una dieta arricchita di Tva hanno ridotto significativamente il potenziale di crescita tumorale del melanoma e delle cellule del cancro del colon rispetto ai topi alimentati con una dieta di controllo. Inoltre, hanno analizzato i campioni di sangue prelevati da soggetti sottoposti a trattamento di immunoterapia cellulare per il linfoma e hanno confermato che coloro che presentavano livelli più elevati di Tva tendevano a rispondere meglio al trattamento di quelli con livelli più bassi. Hanno anche testato le linee cellulari della leucemia e anche qui hanno registrato gli stessi risultati, osservando che il Tva ha migliorato la capacità dell'immunoterapia di uccidere le cellule malate. I risultati di questo studio

ribadiscono l'importanza di una dieta completa di tutti gli alimenti, perché ciò che mangiamo ha un effetto sulla nostra salute e sarebbe un peccato privarsi, per convinzioni errate, di cibi che, più si va avanti nella ricerca scientifica e più ci stupiscono per le loro sorprendenti proprietà. E chissà quanto altro ancora c'è da scoprire. È sorprendente inoltre scoprire che un singolo nutriente come il Tvas abbia un meccanismo molto mirato su un tipo di cellula immunitaria, con una risposta fisiologica molto profonda a livello dell'intero organismo, considerando che dopo milioni di anni di evoluzione, ci sono solo un paio di centinaia di metaboliti derivati dal cibo che hanno la possibilità di circolare nel sangue e svolgere le loro funzioni.

** specialista in Scienza dell'Alimentazione, biologa e nutrizionista*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

16 gen
2024

DAL GOVERNO

S 24 ▲ Iss: l'Italia è "iodosufficiente", ridotti i rischi legati alla carenza nutrizionale

Dopo 15 anni di promozione dell'uso del sale iodato l'Italia è 'iodosufficiente', con una forte diminuzione dei rischi legati alla carenza nutrizionale di iodio, primi fra tutti il gozzo e la sua evoluzione in gozzo nodulare, anche se qualche criticità ancora rimane per la

nutrizione iodica in gravidanza. Lo ha registrato uno studio coordinato dall'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (Osnami) dell'ISS appena pubblicato dal Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism che ha confermato anche la sicurezza del programma nazionale di iodoprofilassi.

Lo studio è stato condotto tra il 2015 e il 2019 su scala nazionale in collaborazione con il sistema di sorveglianza PASSI, pure coordinato dall'ISS, gli Osservatori Regionali per la Prevenzione del Gozzo, i Laboratori Regionali di Screening Neonatale e l'Osservatorio Medicinali (Osmed) dell'AIFA : il consumo di sale iodato è stato valutato su un campione di circa 165mila adulti e 1000 mense scolastiche, mentre su oltre 4300 ragazzi tra gli 11 e i 13 anni sono stati valutati la concentrazione di iodio nelle urine, la prevalenza di gozzo e di noduli tiroidei e anche la presenza di autoimmunità tiroidea. Su circa 200mila neonati è stata invece valutata la quantità dell'ormone tiroideo TSH, marcatore utilizzato per lo screening dell'ipotiroidismo congenito e utile per valutare l'apporto di iodio in gravidanza, mentre i casi di ipertiroidismo sono stati stimati indirettamente



sulla base delle prescrizioni di metimazolo, farmaco che viene usato per trattare questo problema.

Ecco i risultati principali:

-Nonostante la progressiva riduzione del consumo di sale, l'Italia è risultata 'iodosufficiente', con una prevalenza di uso del sale iodato del 71,5% negli adulti e del 78% nelle mense scolastiche. Il consumo è maggiore al Nord, nelle donne e nelle persone con un maggiore status socioeconomico.

-La prevalenza del gozzo in età scolare è risultata del 2,2%, molto inferiore alla soglia del 5% sopra la quale questa patologia viene definita endemica. Anche la presenza di noduli alla tiroide nella popolazione infantile è risultata bassa, intorno al 2%.

-La percentuale di neonati con un valore di TSH superiore a 5 microunità su litro è risultata del 5,1%, valore significativamente più basso rispetto al passato ma comunque superiore al limite del 3% considerato sufficiente dal WHO.

-L'utilizzo del sale iodato è risultato sicuro, con una bassa frequenza di autoimmunità tiroidea in età scolare e di ipertiroidismo in tutta la popolazione.

“I dati suggeriscono che quindici anni di promozione dell'uso di sale iodato hanno significativamente migliorato la nutrizione iodica nella popolazione, portando ad una minor frequenza delle patologie legate alla carenza nutrizionale di iodio e dimostrando che il programma di iodoprofilassi nel nostro Paese è sicuro – commenta **Antonella Olivieri**, responsabile scientifica dell'OSNAMI -. Rimane qualche preoccupazione per la nutrizione iodica in gravidanza, periodo della vita in cui il fabbisogno di iodio è aumentato per soddisfare le esigenze fetali”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

16 gen
2024

DAL GOVERNO

S 24 ▲ Aifa: pubblicato il decreto in Gazzetta, la riforma scatta dal 30 gennaio

Publicato nella Gazzetta ufficiale del 15 gennaio il decreto ministeriale 8 gennaio 2024, numero 3, che contiene il "Regolamento recante modifiche al regolamento sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa)", che entrerà in vigore il prossimo 30 gennaio.

Il decreto oltre ad abolire la figura del direttore generale, mantiene il presidente quale organo e rappresentante legale dell'Aifa e istituisce le figure dirigenziali di livello generale del direttore amministrativo e del direttore tecnico-scientifico. La riforma prevede anche la soppressione della Commissione consultiva tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso, operanti presso l'Agenzia e la contestuale istituzione della Commissione scientifica ed economica del farmaco, cui sono attribuite le relative funzioni. Sarà modificata della composizione del consiglio di amministrazione, costituito dal presidente e da quattro componenti, di cui uno designato dal ministro della Salute, uno designato dal ministro dell'Economia e delle Finanze e due dalla Conferenza

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Il presidente è nominato con decreto del ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Ministro dell'economia e delle finanze. L'incarico di presidente è esclusivo e comporta il divieto di svolgere altre attività professionali pubbliche e private, anche occasionali. Il direttore tecnico-scientifico è conferito, con decreto del ministro della Salute, sentiti il ministro dell'Economia e delle Finanze e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, a persona in possesso di diploma di laurea magistrale o specialistica, ovvero di laurea conseguita in base al previgente ordinamento, in discipline sanitarie o titoli equipollenti od equiparati, secondo le disposizioni vigenti in materia nonché di requisiti di comprovata professionalità ed esperienza sul piano tecnico-scientifico nel settore dei farmaci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

16 gen
2024

NOTIZIE FLASH

S
24

Roche: la Ue autorizzata la somministrazione sottocutanea di atezolizumab

Roche annuncia che la Commissione europea ha autorizzato l'immissione in commercio di atezolizumab, la prima immunoterapia antitumorale anti-PD-L1 per iniezione sottocutanea disponibile nell'Unione europea.

"Nell'ultimo anno - spiega una nota - oltre 38mila persone nell'Ue hanno ricevuto

atezolizumab per il trattamento di diversi tipi di tumore del polmone, del fegato, della vescica e della mammella". Finora atezolizumab è stato somministrato mediante infusione, che richiede circa 30-60 minuti. "La nuova iniezione sottocutanea, approvata per tutte le indicazioni di atezolizumab "ridurrà il tempo di trattamento a circa 7 minuti, con una durata fra quattro e otto minuti per la maggior parte delle iniezioni".

"Siamo lieti di aver ottenuto l'autorizzazione a livello europeo per la prima immunoterapia antitumorale anti-PD-L1 per uso sottocutaneo - ha dichiarato Levi Garraway, M.D., Ph.D., Chief Medical Officer e Head of Global Product Development di Roche - La somministrazione di atezolizumab per via sottocutanea offre ai pazienti una maggiore flessibilità e contribuisce a generare un risparmio di risorse a beneficio dei sistemi sanitari pubblici".



IN AULA Dopo sei ore di discussione, per un voto il consiglio bocchia la proposta sul suicidio assistito

Veneto, il fine vita non passa

Vince l'asse Fi-Fdi con parte della Lega. Zaia: la legge stabiliva solo tempi e modi delle cure

Il Veneto non sarà la prima Regione a legiferare sul suicidio medicalmente assistito. Il Consiglio ha infatti bocciato - dopo 6 ore di confronto intenso - il Pdl 217 d'iniziativa popolare sulle "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito". 25 i voti a favore (del presidente Luca Zaia, di parte della Lega e del centrosinistra, con un'astensione nel Pd). 22 i contrari (Fdi, Forza Italia e la parte rimanente della Lega e dei consiglieri

zaiani), e 3 astensioni (due della Lega) che equivalevano ad altrettanti no. Un consigliere era assente. Non è scattata la maggioranza richiesta di 26 consensi.

Dal Mas, Ognibene e Palmieri a pagina 5

Il Veneto dice no al suicidio assistito «Ora rilanciamo le cure palliative»

FRANCESCO DAL MAS
Venezia

Il Veneto non sarà la prima Regione a legiferare sul suicidio medicalmente assistito. Il Consiglio regionale ha infatti bocciato - dopo 6 ore di confronto d'alto spessore umano ed etico, con la riscoperta del valore del vivere e del morire - il Pdl 217 d'iniziativa popolare sulle "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito". 25 i voti a favore (del presidente Luca Zaia, da parte della Lega e del centrosinistra, con un'astensione nel Pd). 22 i contrari (Fdi, Forza Italia, e la parte rimanente della Lega e dei consiglieri zaiani), e 3 astensioni (due della Lega) che equivalevano ad altrettanti no. Un consigliere era assente. Non è scattata la maggioranza richiesta di 26 consensi.

La mancata approvazione in Aula dell'articolo 2, "Assistenza sanitaria in ogni fase

del percorso di suicidio medicalmente assistito su richiesta della persona malata", ha reso obbligatorio il rinvio in commissione, deciso con 38 voti favorevoli e 13 assenti. Un esito, dunque, a sorpresa, perché alla vigilia venivano calcolati 27 voti a favore e 24 contrari. Il dibattito è comunque servito a rilanciare la necessità, anzi l'urgenza delle cure palliative e da questo punto di vista in Consiglio si è fatto riferimento all'appello, lanciato qualche mese fa, dai vescovi del Nordest. I consiglieri intervenuti hanno tenuto lontanissima la polemica politica, anche se è vero che il presidente Luca Zaia rimedia quella che in taluni ambienti della destra veneta viene indicata come una sconfitta, con ricadute persino sul rilancio del terzo mandato. «Mi spiace che qualcuno abbia dato una lettura errata, ovvero che la legge discussa in Veneto "istituiva il fine vita". Non istituiva niente, ma stabiliva solo i modi e i tempi delle risposte ai malati, e le modalità di coinvolgimento delle Asl. Ma nonostante

non sia diventata legge - è stata la sua prima reazione - i malati terminali con determinate caratteristiche sanno che possono presentare le loro istanze per il fine vita, in base alla sentenza della Consulta». Su posizioni opposte si è schierato lo stesso presidente del Consiglio, Roberto Ciambetti, pure lui della Lega. «Colleghi, decidete e votate come meglio credete - così si è rivolto ai presenti -. Mi rimane un tarlo, e questo lo dico da presidente della Conferenza dei Consigli regionali. Mi auguro che le Regioni non vengano utiliz-

LE ASSO

zate esclusivamente come un cavallo di Troia per anda-



re in Corte Costituzionale. Ci sono altri mezzi. Secondo me, questa legge non è di nostra competenza, sarà facilmente impugnata dal Governo. Vedremo che cosa dirà la Corte Costituzionale. Però non vorrei essere il mezzo, e il mezzo istituzionale, per altri sbocchi». Ciambetti in questo, aveva rilanciato la preoccupazione di altri due autorevoli leghisti, l'avvocato Roberto Bet e Marzio Favero, che appassionatamente avevano invitato i colleghi del Consiglio a ridare valore alla morte come componente della vita stessa. E Bet ha precisato: «Non trovo un passaggio della sentenza della Corte Costituzionale che ponga, in capo al Servizio sanitario, un obbligo di

prestazione al suicidio medicalmente assistito. Invece, questo obbligo di prestazione verrebbe introdotto dalla proposta normativa in esame: siamo sicuri che possiamo legiferare su un terreno che non è di nostra competenza? Credo che ci potremmo esporre a un rischio di incostituzionalità». Ma se l'assemblea ha detto di no al suicidio assistito, ha invece detto di sì, ancora una volta, alle cure palliative. Anna Maria Bidon, del Pd, unica astenuta del suo partito, ha dato voce al "diritto" alle cure palliative, assieme ad altri colleghi, osservando che passa proprio da qui l'autodeterminazione più vera della persona. Se il presidente Zaia aveva riportato in

Aula i dati molto limitati delle richieste di suicidio assistito (soltanto 6, di cui 4 respinte dalle Aziende sanitarie perché immotivate, una con esito mortale, l'altra invece stoppata dall'interessato), la consigliera Bigon ha ricordato che sono più di 40 mila i pazienti in Veneto che hanno bisogno delle terapie anti dolore e che solo il 40 per cento vi ha accesso. Ma l'assessore Manuela Lanza-rin al riguardo ha obiettato: «Il Veneto ha avuto, da sempre, un'attenzione molto forte sul fronte delle cure palliative, anticipando la disciplina nazionale e investendo molte risorse. In materia, siamo la prima Regione per servizi garantiti, anche se sono consapevole che si può fare

di più. Abbiamo messo in campo tutte le procedure previste: l'accreditamento, il rafforzamento della rete e del coordinamento delle cure palliative, la commissione regionale chiamata ad esprimersi. È in previsione l'aumento dei posti negli hospice e il potenziamento delle cure domiciliari, la creazione di una unità domiciliare per le cure palliative, minimo una per ogni distretto socio-sanitario. Verranno uniformate tutte le procedure funzionali a prendere in carico le persone fragili. E ribadisco - ha concluso - la necessità di un intervento normativo a livello nazionale che disciplini il ruolo dei caregiver».

Spaccatura tra i consiglieri della Lega: alcuni hanno votato a favore, altri contro, mentre due si sono astenuti. Lo stesso presidente del Consiglio regionale, Ciambetti, ha precisato: «Il tema non è di nostra competenza»

L'ESITO

Dopo 6 ore di confronto, l'Aula si è divisa: 25 voti (ne occorrevano 26) al progetto sostenuto dal governatore Zaia, che dice: «La legge non "istituiva il fine vita", ma stabiliva modi e tempi delle risposte ai malati»

I valori in gioco



il presidente del Veneto, Luca Zaia, ieri nel corso della discussione in Consiglio regionale sulla proposta di legge popolare sul fine vita / Ansa



L'INTERVISTA

«Il diritto alla vita resta inviolabile»

Il costituzionalista Giuseppe Verde: la materia è statale, non possono crearsi disomogeneità tra Regioni

MARCELLO PALMIERI

«**U**no degli aspetti più interessanti di questa discussione sul fine vita è il fatto che nasce da una sentenza della Corte Costituzionale, la quale a sua volta ha inaugurato un'inedita dialettica con il Parlamento». E per Giuseppe Verde, ordinario di Diritto costituzionale alla Statale di Palermo, questo è un primo elemento che chiarisce come la materia sia di competenza statale. Non regionale.

Tra l'altro, oggetto della pronuncia della Consulta è stata una norma di Diritto penale... Certamente, l'articolo 580 del codice penale. Quello che puniva sempre e comunque chi aiutava un'altra persona a morire, e che ora, dopo l'intervento della Corte, non opera più in presenza delle ormai note condizioni. Basti poi pensare alla legge 219 del 2017 su consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento, espressamente citata dalla Corte costi-

tuzionale, che chiama in causa una competenza legislativa esclusiva dello Stato in tema di "ordinamento civile"

Professore, quali sono i rischi di un intervento regionale sul fine vita?

Il primo inconveniente a cui penso è la disomogeneità normativa che si verrebbe a creare, per di più in una materia così delicata. E poi, ci sarebbe il rischio che una norma locale, qual è la legge regionale, inizi a produrre effetti anche fuori territorio.

Cosa significa?

Ammettiamo che una Regione introduca il suicidio assistito in modo più aperturista di altre. Ebbene, quel territorio rischierebbe di essere scelto da coloro che vogliono farla finita, e che non possono raggiungere quest'obiettivo nel luogo di residenza.

Chi sostiene la competenza locale sul fine vita, ricorda che la Costituzione affida alle Regioni l'organizzazione di un proprio sistema sanitario...

È vero, ma il suicidio assistito coinvolge aspetti organizzativi del sistema sanitario, quando invece qui risulta prevalente la materia della competenza statale in tema di ordinamento civile. Ma-

teria per cui la Costituzione richiede uniformità di trattamento sull'intero Paese.

In passato, è già capitato che una Regione volesse legiferare su principi fondamentali in tema di tutela della salute?

Un caso relativamente recente è quello che abbiamo richiamato sopra, cioè la legge sul consenso informato e il biotestamento. Ma negli anni addietro uno ancora più significativo è stato quello sull'elettroshock: una Regione aveva provato ad introdurre una disciplina autonoma, ma la Corte Costituzionale l'ha dichiarata illegittima sulla scorta del fatto che una pratica medica deve avvalersi di riferimenti scientifici avvalorati a livello statale, che evidentemente mancavano.

Mettiamo il caso che anche ora una Regione strappi, e approvi una legge sul suicidio assistito. Cosa succederebbe in concreto?

Mi auguro che il Governo ricorra alla Corte Costituzionale, e che la Consulta confermi la lettura riduttiva della sentenza n. 242 del 2019 per come già avvenuto in occasione del giudizio di ammissibilità del referendum abrogativo dell'art. 579 del codi-

ce penale, quando ha affermato la centralità e l'invioleabilità del diritto alla vita.

Con la pronuncia del 2019, secondo lei, la Consulta ha inteso creare un diritto a ottenere la morte su richiesta?

A mio avviso no, semplicemente è intervenuta su una disposizione del codice penale, istituendo alcune deroghe alla sua applicazione. La definizione di una specifica disciplina sul suicidio assistito potrà, se del caso, essere introdotta dal Parlamento nazionale.

«Se un territorio introducesse una modalità più "aperturista" di altre, rischierebbe di essere scelto da chi vuole farla finita e non può raggiungere lo scopo nel luogo di residenza»



Giuseppe Verde



Il governatore: «È una norma necessaria». Vertice Meloni-Salvini, ancora stallo sulle Regionali

Zaia bloccato sul fine vita

La legge veneta non passa. Giustizia, sì alla Camera alla nuova prescrizione

di **Martina Zambon**
e **Cesare Zapperi**

No, in Veneto, alla legge sul fine vita. La proposta viene bloccata da Fratelli d'Italia, Forza Italia, mentre la Lega si spacca. Il provvedimento non ha superato i primi due articoli base. «Ipocrita chi ha votato contro» il commento del

governatore Luca Zaia. Il Veneto avrebbe potuto essere la prima Regione a legiferare sulla materia.

alle pagine **10 e 11**

L'intervista

«Non ho fatto conteggi Ma è da ipocriti non volere una norma»

Il governatore: è necessaria, come si fa a negarlo?

di **Cesare Zapperi**

MILANO «Qualcuno ha voluto far passare il messaggio, scorretto oltre che sbagliato, che la legge autorizzasse il fine vita. Ma non è così. Questa possibilità esiste già in forza di una sentenza della Corte costituzionale del 2019. Puntava a regolare modalità e tempi».

Di fronte al pareggio che ha decretato il rinvio in commissione (e quindi, sul binario morto) il progetto di legge sul suicidio medicalmente assistito, il presidente della Regione Veneto Luca Zaia rigetta la lettura politica che dà il centro-destra spaccato (Fdi e Fi hanno votato contro, nella Lega qualcuno si è detto a favore, qualcuno contro, due si sono astenuti).

Presidente, davvero non è stato un voto politico?

«Non scherziamo. Dovevamo votare su un tema etico, non politico. Ognuno si è espresso secondo coscienza. Per quanto riguarda la Lega non abbiamo mai fatto una riunione per contare i voti. Avrei trovato vomitevole il contrario».

Tutti vanno a guardare i voti, la divaricazione è evidente.

«Guardi che anche il centrosinistra si è spaccato. Sui temi etici, vedi l'aborto, non ci sarebbe l'unanimità in nessuno schieramento».

L'esito l'ha sorpresa?

«No, penso che sia uscita una rappresentazione della spaccatura che su questi temi vive l'intero Paese. Anche se in cuor loro, credo, i cittadini sarebbero favorevoli ad avere una legge che regola i comportamenti che si possono tenere in situazioni così delicate anche dal punto di vista etico. Io, comunque, rispetto tutte le posizioni. Anche quelle di chi non ha avuto rispetto per le

mie».

Con chi ce l'ha?

«Con chi nega l'evidenza, con gli ipocriti che fingono di non vedere che il suicidio assistito c'è già ma respingono la necessità di adottare una legge per regolamentarlo».

C'era l'occasione e non è stata sfruttata.

«Esatto. E ricordo che non era una legge voluta da me o dalla mia giunta, ma era una iniziativa popolare sostenuta da una raccolta di 9 mila firme da parte dell'associazione Coscioni che è stata presentata in tutte le Regioni».



Non era lei il promotore ma la Regione l'ha portata avanti.

«Certo, lo Statuto del Veneto prevede che i progetti di legge di iniziativa popolari debbano essere discussi entro sei mesi. E così è stato».

In Consiglio i contrari le hanno obiettato che il compito di varare una legge tocca al Parlamento.

«Hanno ragione, ma a oggi nulla di fatto. L'ufficio legale del Consiglio regionale ha detto che l'iniziativa era comunque legittima e quindi le ha dato corso. Ma, ripeto, non è questo il punto».

E qual è, allora?

«Dobbiamo ricordare che tutto parte dalla sentenza della Corte costituzionale che rende possibile, a determinate condizioni, il fine vita».

Quali condizioni?

«Una malattia con esito infausto; vivere grazie ad un supporto vitale; l'insostenibilità del dolore fisico e psicologico; la libertà di scelta e la capacità di intendere e di volere».

E allora, che altro serve?

«Serve normare nel dettaglio le procedure e i tempi, a tutela estrema del paziente, aspetti non contenuti nella sentenza della Consulta».

Lei comunque condivideva la proposta di legge.

«L'ho scritto nel mio libro *I pessimisti non fanno fortuna*. Io sono per il rispetto della scelta individuale. Rispetto tutti ma vorrei essere libero di scegliere se dovesse capitare a me di trovarmi in una certa situazione».

C'è un ampio fronte, ben

rappresentato nel centrodestra, che è contrario.

«Tutte le posizioni sono rispettabili e le rispetto fino in fondo. Trovo però ipocrita da parte di qualcuno far finta che non esista nemmeno la sentenza della Consulta che autorizza il fine vita».

Lei ha detto che è «immorale» che la politica non faccia la sua parte.

«Sì, perché al di là di tanti bei discorsi di principio, c'è la vita che bussava alla nostra porta. Noi amministratori siamo chiamati a dare risposte ai cittadini, anche o soprattutto di fronte a situazioni così delicate. In Veneto dal 2019 sono state presentate sette richieste: cinque sono state rigettate e due accolte dai nostri comitati bioetici (una è stata portata a termine e l'altra è in attesa,

ndr). Si sono mossi con scrupolosità e rigore».

Che cosa dice a chi ha votato contro.

«A chi lo ha fatto per la competenza direi di stimolare una legge nazionale. E a chi è contrario anche alla sentenza della Corte deve dire alla sua forza politica che lavori in Parlamento per una norma che vieti il fine vita».

In Veneto non se ne farà più nulla.

«La vedo dura. Ma non si pensi di sfuggire al tema perché la palla adesso passa in tutte le altre Regioni. Vediamo se ci sarà qualcuno che riuscirà a dare una risposta che non si può eludere».

Un fatto di coscienza
Dovevamo votare su un tema etico e non politico
Ognuno si è espresso secondo coscienza

Il profilo

● Luca Zaia, 55 anni, è governatore del Veneto dal 2010, riconfermato sia nel 2015 sia nel 2020

● Zaia è stato in precedenza ministro delle Politiche agricole tra il 2008 e il 2010 con Berlusconi premier

● Nel 2020 ha ottenuto il 76.8% di preferenze: percentuale record alle Regionali

Il Paese e il Palazzo
Credo che i cittadini in cuor loro siano per una legge che regoli situazioni così delicate

La discussione

Luca Zaia, 55 anni, presidente del Veneto, ieri in Consiglio

● **La parola**

FINE VITA

È un periodo che caratterizza l'esperienza di malattia di un paziente nel quale le aspettative di vita sono ridotte per effetto di una patologia inguaribile e progressiva. In Italia manca una legge che preveda la possibilità di aiuto medico alla morte volontaria per le persone che non dipendono da trattamenti di sostegno vitale. Però la sentenza 242 del 2019 della Corte costituzionale è intervenuta disciplinando la materia in tema di ricorso al suicidio medicalmente assistito.



E ora? Si riparte dalla sentenza della Consulta

A Venezia si allungheranno i tempi dell'approvazione: la norma ha perso il binario preferenziale

PAOLORUSSO

1 Cosa succede dopo la bocciatura della legge sul fine vita in Veneto?

Il voto della legge, proposta dall'associazione "Coscioni", non ha passato i primi due dei 5 articoli complessivi, che richiedevano il sì della maggioranza assoluta. Il secondo, in particolare, è un articolo "fondamentale" perché individua i requisiti di accesso alla pratica del suicidio assistito conformemente a quanto stabilito dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 242 del 2019. Il progetto di legge, ha spiegato il presidente del consiglio regionale, Roberto Ciambetti, diventerà "ordinario" e torna in commissione, dove non avrà i tempi rapidi di approvazione, come invece prevede lo Statuto a proposito delle proposte di iniziativa popolare.

2 Nel frattempo come verrà regolamentato il suicidio assistito?

Sarà consentito con i paletti fissati dalla Consulta con la sentenza del 2019 che lo legalizza ma a quattro condizioni. Che il malato sia affetto da malattia irreversibile, che questa patologia sia fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche, che il paziente sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli. La quarta

condizione, la più problematica, è che il paziente sia dipendente da un trattamento di sostegno vitale: mentre finora si intendeva con questo termine solo alimentazione, la Corte riconosce anche la chemioterapia. La Consulta non autorizza invece l'eutanasia, che contrariamente al suicidio assistito prevede che siano altri a somministrare il farmaco letale. Resta comunque il fatto che si andrà avanti con la Babele che vede alcune Regioni far applicare la sentenza dalle proprie Asl, pur se con tempi molto variabili e dilatati ed altre, come il Friuli, dove c'è voluta una sentenza del Tribunale perché ci si muovesse.

3 Cosa prevede la proposta di legge veneta sul fine vita?

La legge prevede l'istituzione di una commissione medica multidisciplinare presso le aziende sanitarie pubbliche con il compito di verificare la sussistenza delle condizioni di accesso al suicidio assistito. Stabilisce che le prestazioni sanitarie connesse ai suicidi assistiti sono gratuite e che entro dieci giorni dalla richiesta del paziente la commissione medica multidisciplinare verifichi la presenza delle condizioni di accesso al suicidio assistito, inviando, entro cinque giorni dal completamento delle verifiche, una relazione al comitato etico territorialmen-

te competente. Il comitato etico ha quindi cinque giorni di tempo per restituire il proprio parere alla commissione medica. Se l'iter dà esito positivo, il malato può fare un'ulteriore richiesta per l'erogazione della prestazione. Dal momento di tale richiesta decorre il termine di sette giorni entro cui il sistema sanitario deve garantire l'accesso alle prestazioni e ai trattamenti. Il paziente, può sospendere o interrompere la procedura in ogni momento.

4 Cosa succederà ora nelle altre Regioni?

Il sì di una regione a conduzione leghista come il Veneto avrebbe potuto dare una spinta ad avviare l'iter delle analoghe proposte di legge presentate sempre dall'Associazione Coscioni in Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Basilicata e Lazio, velocizzando anche l'approvazione in Friuli dove la legge ha già iniziato il suo percorso. Proposte analoghe sono state presentate anche in Puglia, Marche e Calabria, mentre in Lombardia è in corso la raccolta firme. C'è però da dire che in Piemonte, Marche e Calabria più di un esponente dei partiti di destra che le governano hanno espresso parere contrario

all'approvazione della legge.

5 Quanti sono gli italiani che ad oggi hanno manifestato interesse sul fine vita?

Nell'ultimo anno all'associazione Coscioni sono arrivate 13.997 richieste di informazioni sul fine vita, mentre in base alla legge sul Biotestamento 186mila italiani hanno lasciato disposizioni anticipate di trattamento sanitario in caso non si trovassero nella condizione di autodeterminarsi. Da notare che secondo un'indagine del Censis a favore di una legge sono l'86% degli elettori azzurri, l'80% di quelli di FdI e il 79% dei leghisti. —

Sono saltati i requisiti necessari per poter accedere al suicidio assistito



Relazione di cura e alternative terapeutiche: si riparta da qui



DONATA LENZI

Ieri il consiglio regionale del Veneto ha respinto la legge sulle procedure per il suicidio assistito proposta dall'Associazione Coscioni in diverse regioni italiane. Mi aveva stupito nei giorni scorsi la subalternità culturale con cui si era rinunciato a presentare emendamenti e quindi a esercitare il ruolo di legislatori capaci di ascoltare più istanze e fare sintesi. Peraltro, dalle audizioni di diverse associazioni ed esperti erano arrivati suggerimenti utili.

Nonostante ritenga che occorra una legge nazionale, su almeno un aspetto la legge regionale veneta avrebbe potuto essere migliorata. Mi riferisco alla umanizzazione del percorso amministrativo, che rischia di essere uno scadenziario burocratico. Un malato grave affetto da una patologia irreversibile che lo fa molto soffrire raramente si orienta verso una decisione convinta a favore della richiesta di assistenza al suicidio: più spesso una decisione matura tra dubbi, incertezze, richieste di aiuto e di consiglio, disperazione e coraggio. Ha bisogno di vicinanza e affetti, e ha bisogno di una relazione di cura forte con l'équipe curante, di ascolto e di onesta chiarezza sulle sue prospettive e sulle possibili scelte.

Nulla si diceva nella legge veneta sulla relazione con il medico curante, sulle alternative concretamente rappresentate al paziente, sul coinvolgimento dei familiari. Inoltre non si pre-

vedono momenti di incontro personale tra alcuni componenti delle commissioni mediche o dei comitati etici e chi richiede l'aiuto al suicidio. Eppure sarebbe utile, per ascoltare, per capire e poi dare un parere consapevole, e decidere non solo sulla base delle carte.

In questo modo, a mio parere, la legge veneta tradiva lo spirito e la lettera della sentenza della Corte Costituzionale 242/2019. La Corte infatti nel dichiarare la parziale illegittimità dell'articolo 580 del Codice penale esclude la punibilità «per chi, con le modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 219 del 2017 agevola l'esecuzione del proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi». A quali modalità si riferisce la Corte? Lo dice nelle motivazioni: «Lo stesso articolo 1, comma 5, prevede, altresì, che il medico debba prospettare al paziente «le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative», promuovendo «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». In questo contesto, deve evidentemente darsi conto anche del carattere irreversibile della patologia: elemento indicato nella cartella clinica e comunicato dal medico quando avvisa il paziente circa le conseguenze legate all'interruzione del trattamento vitale e sulle «possibili alternative». Il riferimento a tale disciplina (la legge 219/2017) implica, d'altro canto, l'inerenza anche della materia considerata alla relazione tra medico e paziente».



Di questo ragionamento della Corte nella legge respinta ieri sera non c'era traccia. E ancora la Corte costituzionale aggiunge: «Quanto all'esigenza di coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative, l'articolo 2 della legge n. 219 del 2017 prevede che debba essere sempre garantita al paziente un'appropriate terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative. Tale disposizione risulta estensibile anch'essa all'ipotesi che qui interessa: l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita». Chi deve occuparsene? È una condizione

necessaria che va verificata? La proposta di legge radicale non lo dice. L'ascolto diretto del paziente, la presenza di una efficace rete di cure palliative, la verifica che sia fatto tutto il possibile e che quindi la decisione del paziente sia compiutamente informata e consapevole, sono alcune delle indicazioni che avrebbero dovuto essere accolte.

**Membro Comitato per l'etica
nella clinica di Irccs Reggio Emilia
Già relatrice legge 219/2017
(sulle Dat)**

La legge veneta
sul suicidio
assistito bocciata
dal Consiglio
regionale ignorava
la necessità
del dialogo tra
paziente e curanti
riducendo
le scelte di fine
vita a procedura
burocratica



L'incredibile storia di Firenze

«Bimbo malato di mente» Ma dopo sei anni si scopre che aveva problemi di udito

Il piccolo aveva difficoltà di linguaggio, i medici diagnosticarono un ritardo psichico. Invece era sordo. Ora le due strutture responsabili dovranno versare un risarcimento

SIMONA PLETTO

■ Per anni ha vissuto come in una bolla. Che nessuno vedeva. Quel piccolo bimbo a pochi mesi sgranava gli occhioni guardando mamma e papà, senza riuscire a interagire con loro. «Suo figlio ha una malattia mentale», è stata la terribile diagnosi dei medici toscani quando aveva un anno di età. Così per sei lunghi anni il piccolo è stato curato per problemi che non aveva. Invece colui che chiameremo Andrea non aveva alcun ritardo mentale, né era affetto da autismo. Più banalmente, era sordo dalla nascita. Un errore sanitario incredibile, se si considera che per l'appunto è durato anni. Anni di diagnosi sbagliate e trattamenti inutili, di cartelle cliniche che passavano da un ambulatorio all'altro, prima che i medici arrivassero a capire il suo vero problema di salute: l'udito. Incredibile.

DOLORE E PATEMA

La vicenda vede protagonista un bimbo toscano che oggi ha 20 anni e sua madre, una donna che non ha mai creduto alla malattia mentale del figlio e non si è mai arresa. Tanto da portare i medici responsabili di questa odissea in tribunale.

Ora è arrivata la sentenza che solo in parte ripaga questa famiglia delle sofferenze. Il tribunale di Firenze ha riconosciuto la colpa dell'errore diagnostico ripetuto da parte di due strutture sanitarie (Aulsp ospedaliera e

centro specializzato privato), oltre all'errato trattamento sanitario e al conseguente ritardo nell'applicazione di protesi uditive. Ha stabilito un risarcimento di 70mila euro per il figlio, 20mila euro per il dolore e il patema vissuto dalla madre.

«La signora voleva il riconoscimento dell'errore, anche se nessuno le ridarà mai quegli anni di calvario» spiega l'avvocato Chiara del Bono, che ha seguito la causa insieme al collega Pietro Frisani, dell'omonimo studio a Firenze. «Noi siamo soddisfatti per l'esito positivo della causa, anche se rimane l'amarrezza per un giudizio che si è protratto, per il solo primo grado, per una inaccettabile durata di quasi sette anni».

Tutto ha inizio nel 2004. Andrea aveva come detto un anno di vita quando, su consiglio della pediatra, è stato sottoposto a una visita dell'udito. I medici del Centro di rieducazione ortofonica di Firenze e dell'ex Usl 11 di Empoli, in due diverse occasioni, non si erano accorti che era affetto da sordità. E infatti avevano ricondotto i

disturbi del linguaggio a una patologia di natura mentale. «Pensavano fosse autistico - spiega l'avvocato Del Bono -. La madre ha vissuto anni davvero difficili. Il figlio ha manifestato fin da subito difficoltà di linguaggio. All'asilo parlava un gergo incomprensibile e non rispondeva ai semplici comandi. La mia assistita mi ha raccontato che era sempre isolato, non riusciva a giocare con gli altri bimbi. La cosa che più le ha fatto male è stato quando il figlioletto le ha fatto capire che voleva giocare a basket. Ma non capiva l'allenatore, né gli schemi».

Andrea andava alle feste di compleanno, ma faticava a interagire con gli altri bimbi, per cui veniva gioco forza isolato. Poi c'erano tutte quelle sedute "terapeutiche", dal neuropsichiatra infantile alla psicologa, fino al logopedista: tutti lo trattavano come un autistico e quindi veniva sottoposto a inu-



tili trattamenti neuropsichiatrici. Una Via Crucis. Col tempo Andrea si è sempre più chiuso nel suo mondo "ovattato", convinto di essere "diverso". Per lui non c'è stato gioco con gli amichetti, nessun corso di musica, nessun calcio al pallone.

TERAPIE SBAGLIATE

«Ma la mamma non si è mai arresa - continua il legale -. Aveva capito che il figlio non aveva problemi mentali. Aveva intuito che poteva avere invece una patologia legata all'udito. Ma sa, di fronte a due diagnosi che negavano la sordità del figlio... Come è potuto accadere? Guardi, resta un mistero». Dopo sei anni di diagnosi e terapie neuropsichiatriche sbagliate, la mamma ha deciso di

rivolgersi all'ospedale delle Scotte di Siena. Questa volta non ha raccontato alcun pregresso del figlio. Qui i medici le hanno diagnosticato subito una "ipoacusia bilaterale", cioè sordità di entità medio-grave. Così il piccolo ha iniziato le nuove e mirate cure. Parallelamente, la famiglia ha avviato la lunga battaglia in tribunale. Nella sentenza di primo grado la giudice Susanna Zanda ha precisato che: «Il bambino presentava una difficoltà del linguaggio... che non venne indagato in modo completo con gli esami oggettivi collaudati da decenni... tra cui i "potenziali evocati uditivi", cui provvede la struttura Universitaria Ospedaliera di Siena ben sei anni dopo la prima visita, solo nel 2010». Gli imputati

hanno già annunciato che si opporranno alla sentenza.

Oggi il ragazzo, che nel frattempo si è diplomato e gioca a basket, utilizza degli apparecchi acustici per riuscire a sentire, anche se parla con limitazioni. Gli anni di cure sbagliate hanno lasciato il segno, gli hanno sottratto un'infanzia normale e hanno ritardato l'integrazione. Per questo «dentro ha ancora tanta rabbia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo Stato consegna l'ex Forlanini al Vaticano A giorni la firma per il nuovo Bambin Gesù

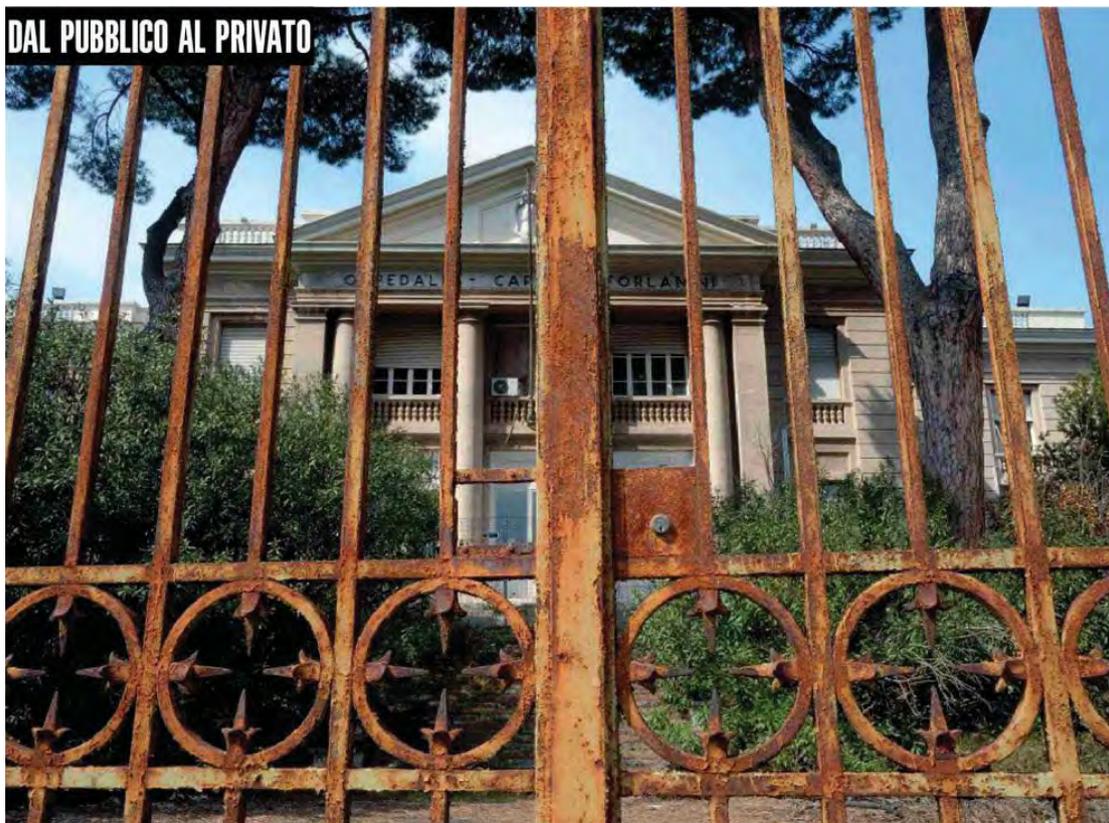
E in dirittura d'arrivo la trasformazione dell'ex Forlanini, ospedale pubblico romano chiuso nel 2015, nella nuova sede del Bambino Gesù, ospedale pediatrico del Vaticano. La prossima settimana dovrebbe essere firmato un memorandum, lo sta definendo un gruppo di lavoro coordinato dal sottosegretario alla presidenza del Consiglio Alfredo Mantovano, vicino alle gerarchie ecclesiastiche più conservatrici, con il presidente dell'ospedale vaticano Tiziano Onesti e i rappresentanti della Regione Lazio, del ministero dell'Economia e dell'Inail, l'Istituto per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro che avrebbe un ruolo chiave nell'ambiziosa operazione.

Il disegno ricalcherebbe quanto anticipato nei mesi scorsi. Il Bambino Gesù acquisterebbe dalla Regione il terreno (circa 40 ettari) per conservare la sovranità vaticana, che sarebbe poi garantita dallo Stato italiano come per l'attuale sede centrale del Gianicolo e altre. E poiché l'ospedale in sé non è cedibile a privati, sarebbe l'Inail ad acquisire il diritto di superficie per poi affittare al Bambino Gesù, si dice per 90 anni. Lo stesso Inail, grazie alle norme sugli investimenti dell'istituto in edilizia sanitaria previste dall'ultima legge di Bilancio (art. 1, co. 306 e 307), si accollerebbe gran parte dei 400 milioni di spese per il rifacimento dell'ex Forlanini, nato nel 1934 per i malati di tubercolosi.

Certamente il Bambino Gesù, punto di riferimento per l'intero Centro-sud e non solo, ha bisogno di spazio. La sede del Gianicolo, visti i numeri, non basta più, al netto di quanto si dice circa l'intenzione di trasformare quegli edifici di enorme pregio in una struttura ricettiva, che forse incontrerebbe l'opposizione delle discendenti della famiglia Salviati che nell'800 li donò per farne un ospedale per i bambini poveri. L'ex Forlanini fa parte di un rilevante polo sanitario pubblico tra Monteverde e la via Portuense: accanto al San Camillo e a due passi dallo Spallanzani. La sua consegna alla sanità privata, per quanto molto ben convenzionata, ha un forte rilievo politico. Tanto più che l'ospedale vaticano è già la principale pediatria della capitale e gode di monopoli settoriali: è stata necessaria una lunga battaglia per riaprire l'Oncoematologia pediatrica al Policlinico Umberto I. La sanità privata, per lo più cattolica, a Roma controlla anche le Maternità: non nascono bambini in grandi ospedali pubblici come il Sant'Andrea e Tor Vergata. E la destra prosegue nel solco dei governi regionali a guida Pd.

ALESSANDRO MANTOVANI

DAL PUBBLICO AL PRIVATO



16 gen
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Sardegna: arriva HealthMeeting, la piattaforma dedicata ai cardiologi ospedalieri

di Davide Madeddu

Si chiama HealthMeeting ed è la piattaforma dedicata ai cardiologi ospedalieri, ambulatoriali e privati del Sistema sanitario della Regione Sardegna. Il nuovo strumento, presentato a Sassari, permette ai professionisti di richiedere prestazioni cardiologiche ambulatoriali di alta complessità (II e III livello) direttamente alla struttura di

Cardiologia clinica e interventistica dell'Azienda ospedaliero universitaria di Sassari.

La piattaforma clinica collaborativa è stata progettata per semplificare e ottimizzare l'accesso alle prestazioni cardiologiche ambulatoriali di alta complessità. Con una vasta gamma di servizi e una gestione avanzata delle richieste, HealthMeeting, «unica nel suo genere in Sardegna, promuove un approccio moderno e efficiente alla cardiologia ambulatoriale di alto livello». La piattaforma, come sottolineato dai promotori, «è stata "ritagliata" su misura, per rispondere alle necessità della Cardiologia clinica e interventistica dell'Aou». «È nata come piattaforma per il teleconsulto – spiega Gavino Casu direttore della Cardiologia clinica e interventistica – ma è stata rimodellata per rispondere ai nostri bisogni, attraverso la realizzazione di maschere cliniche specifiche per ogni ambulatorio. In questo modo, inoltre, rendiamo trasparenti le prenotazioni di secondo e terzo livello che



non possono essere effettuate attraverso il Cup».

Il servizio è partito in fase preliminare a metà novembre scorso ed entra adesso a regime.

«HealthMeeting rappresenta un'evoluzione significativa nella gestione delle prestazioni cardiologiche ambulatoriali di alta complessità – sottolinea il direttore generale dell'Aou di Sassari, Antonio Lorenzo Spano – e offre ai cardiologi un accesso semplificato e tempestivo a un ampio ventaglio di servizi specializzati. Inoltre con HealthMeeting rendiamo trasparenti le prenotazioni e acceleriamo il processo di erogazione delle prestazioni. Il servizio si integra con la crescente attività della Cardiologia clinica e conferma il nostro impegno per un servizio di alta qualità e l'adozione di tecnologie all'avanguardia per il beneficio dei pazienti della Sardegna». Per rendere accessibile la piattaforma, sul sito istituzionale dell'Aou di Sassari è stata realizzata una pagina dedicata che, in breve, illustra lo scopo e le modalità di accesso alla piattaforma. Per accedere, dalla home page di www.aousassari.it è sufficiente cliccare sul banner di colore azzurro (in alto a sinistra) con la scritta “HealthMeeting – Per i cardiologi del sistema sanitario della Sardegna”.

All'interno della pagina si dovrà cliccare su “Accedi alla piattaforma” per essere indirizzati al sistema di prenotazione. Qui i cardiologi, una volta accreditati, vengono indirizzati a una pagina dedicata contenente un elenco di prestazioni ambulatoriali disponibili, e che copre un'ampia gamma di ambiti specialistici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA