

8 luglio 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

U
S
I
R
K
A

BZE Rebel Pay per you

la Repubblica

Ecco una notizia. Con noi risparmi sull'RC Auto.



BZE Rebel Pay per you

Fondatore Eugenio Scalfari

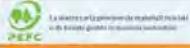


Direttore Maurizio Molinari

Lunedì 8 luglio 2024

Oggi con Affari & Finanza

Numero 179 - la Milla €1,70



Place de la République La folla festeggia la vittoria della sinistra intorno alla statua della Marianna

Rivoluzione francese

I ballottaggi rovesciano le previsioni: si impone il Fronte delle sinistre, Macron arriva secondo e vince la sua scommessa Le Pen grande sconfitta. Bardella: siete l'alleanza del disonore. Mélenchon: a noi il governo. Attal: respinti tutti gli estremismi

Schlein: uniti si batte la destra. Meloni è più sola in Europa

L'editoriale

Il vero suffragio universale

di Ezio Mauro

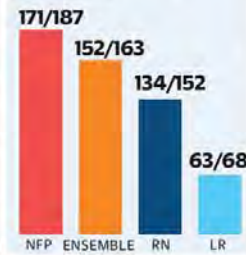
Come dall'alambicco di un aspirante stregone, dall'azzardo di Emmanuel Macron risorge a sorpresa lo spirito della République che sembrava esaurito e la Francia ribalta se stessa. a pagina 25

dalla nostra corrispondente Anais Ginori

PARIGI - Gli abbracci, l'esultanza, le lacrime di gioia. «Quattro settimane fa non esistevamo e invece ora l'abbiamo fatto e andremo al governo» urla Marine Tondelier. L'altra Marine. La leader degli Ecologisti è stata la rivelazione di questa folle campagna express, meno di tre settimane per fermare la corsa verso l'estrema destra di Marine Le Pen.

I servizi da pagina 2 a pagina 11

I SEGGI DEL NUOVO PARLAMENTO (Proiezioni Ipsos)



L'Elisco

Ora esecutivo in salita, il presidente prende tempo

dalla nostra corrispondente a pagina 5

Affluenza record

Decisiva la mobilitazione delle periferie

dalla nostra inviata Tonia Mastrobuoni a pagina 6

La leader del Rn

«La nostra vittoria è solo rinviata»

dal nostro inviato Castellani Perelli a pagina 7

Mosca

La rabbia del Cremlino «Risultati manipolati»

di Riccardo Ricci alle pagine 8 e 9

L'energia non deve costarci il mondo



octopusenergy Energia pulita a prezzi accessibili octopusenergy.it

Stati Uniti



Il liberal Podesta: Biden deve lasciare, i democratici lo sanno

di Mastrolilli. Con un'analisi di Stille a pagina 16 e 17

Ravenna

Spiaggia dei Valori il lido inclusivo per tutti i disabili



di Caterina Giusberti a pagina 23

Spettacoli



Raiz canta Bruni: «Mi sono rialzato grazie a mia figlia»

di Carmine Saviano a pagina 28

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/68281
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06/688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02/68707310
mail: servizioclienti@corriere.it



Itatennis
Paolini e Sinner volano ai quarti di Wimbledon
di Gaia Piccardi a pagina 30

Successo dopo tre anni
Hamilton è tornato Vittoria e lacrime
di Daniele Sparisci e Giorgio Terruzzi a pagina 35



Alta affluenza. Il partito del presidente seconda forza, solo terze le destre. Bardella: «Ha vinto un'alleanza del disonore». Schlein: uniti ce la facciamo

Francia a sinistra, battuta Le Pen

Incerta la maggioranza di governo, Macron prende tempo. Mélenchon attacca: lui ha perso, noi primi e pronti

IL VOTO POPOLARE E DUE MESSAGGI

di Aldo Cazzullo

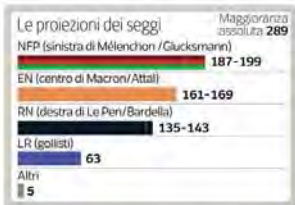
Quella che avete visto arrivare, sia pure con qualche patema, alla semifinale, non è una squadra africana benevolmente ammessa ai campionati europei di calcio. È proprio la Francia. Quando nel quarti contro il Portogallo è uscito Antoine Griezmann — che peraltro ha un padre tedesco, una mamma portoghese e una moglie spagnola —, in campo sono rimasti dieci francesi della pelle nera (chiamati in Francia black), e di origini per lo più africane o medioorientali, come William Saliba, papà del Libano e madre del Camerun. L'unico bianco era il capitano del Milan, Theo Hernández, famiglia catalana di Girona, compagna italiana di Verona. È sbagliato giudicare le persone dal colore della loro pelle e dal posto da cui vengono. Lo dice persino Marine Le Pen. Ma è sbagliato pure pensare che il lepensismo sia il futuro della Francia e dell'Europa. Quando la gente vota di più, come ieri — una partecipazione che non si vedeva dai tempi della prima vittoria di Mitterrand —, il lepensismo è seccamente battuto.

continua a pagina 24



di Marco Imarisio

da pagina 2 a pagina 9



GLI SCENARI E IL FUTURO DELL'ASSEMBLEA

Tre blocchi, veti reciproci La coalizione è possibile?

di Stefano Montefiori

In Francia premia la sinistra, ma adesso si apre la partita su chi governerà il Paese. Il presidente Macron prende tempo. Mélenchon: noi siamo pronti.

a pagina 4

INTERVISTA CON ENRICO LETTA

«Questa è l'ultima chance data alle forze europeiste»

di Monica Guerzoni

Il voto francese è «un'ottima notizia per l'Europa. Ma adesso bisogna dare risposte alle ansie emerse con le urne»: questo il parere dell'ex premier Enrico Letta. E su Macron: «Lui comunque sarà sulla scena, sarà lui a dare l'incarico».

a pagina 8

LE MOSSE DELL'ELISEO DOPO LE EUROPEE

L'annuncio tv il 9 giugno: un mese e il colpo di teatro

di Alessandra Coppola

a pagina 3

LO SCRITTORE

Il vizio dell'arroganza Élite contro «sdentati»

di Michel Houellebecq

alle pagine 6 e 7

GIANNELLI



di Virginia Piccolillo

Medio Oriente Il sì al negoziato anche senza una tregua permanente Ostaggi, apertura di Hamas

PARLA IL MINISTRO LOLLOBRIGIDA

«Salvini punge? Contano i fatti»

di Virginia Piccolillo

«La politica non si giudica dalle chiacchiere ma su atti concreti. E non ce n'è mai stato uno in diffonibilità». Questo il commento del ministro dell'Agricoltura Francesco Lollobrigida riguardo ai rapporti della maggioranza con il leader leghista Matteo Salvini. Il ministro Lollobrigida è in Algeria per il via ai progetti del piano Mattei.

a pagina 13

di Davide Frattini



Hamas accetta di negoziare sugli ostaggi anche in assenza di un cessate il fuoco permanente. Ora si aspetta la risposta di Netanyahu. Il primo ministro ha ribadito che qualsiasi accordo di cessate il fuoco deve consentire a Israele di riprendere i combattimenti finché i suoi obiettivi non saranno raggiunti.

a pagina 14

intervento di Etgar Keret

«Per l'Ucraina: il mio salto nella Storia»

A 2 metri e 10, Mahuchikh supera il record dell'87. Colpita dai russi la scuola dove iniziò



di Marco Bonarrigo

Salto nella Storia per l'ucraina Mahuchikh: 2,10. Il record resisteva dal 1987.

alle pagine 30 e 31

MALPENSA E GLI ALTRI SCALI Berlusconi e gli atterraggi condivisi

di Gian Antonio Stella

È se l'aeroporto di Bolzano fosse stato intitolato ad Alcide De Gasperi? Apriti cielo! Silvius Magnago, il padre nobile dell'autonomia sudtirolese lo vedeva col fumo negli occhi. continua a pagina 24

DATARO Cosa fa crescere le liste d'attesa

di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

Liste d'attesa negli ospedali: ancora troppe criticità. Il decreto del governo propone misure già previste e mai attuate.

a pagina 18

...è l'ora dell'oro

L'ORO HA FATT LA STORIA.

Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro

ORO - GIOIELLI - MONETE

OBRELLI

DAL 1929

www.oro.obrelli.it

LAVIS (Trento) | TRENTO | MILANO

0461 242040 | 338 8250553 | info@obrelli.biz

AUTORIZZAZIONE BANCA D'ITALIA N. 3007721

SPEDIZIONI E RITIRI ASSICURATI IN TUTTA ITALIA

VENDIAMO E ACQUISTIAMO LINGOTTI E MONETE ALLE MIGLIORI CONDIZIONI

LABIOGRAFIA

Taylor Swift: io bimba prodigio già a 11 anni mi sentivo una diva

CHAS NEWKEY-BURDEN - PAGINA 30



MOTO GP

Il capolavoro di Pecco Bagnaia stacca tutti e ritorna leader

MATTEO AGLIO - PAGINA 35



FORMULA 1

Hamilton fa sognare i ferraristi "Pensavo di non vincere più"

JACOPO D'ORSI - PAGINA 37



LA STAMPA



LUNEDÌ 8 LUGLIO 2024

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N. 187 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



NESSUNO HA LA MAGGIORANZA PER FORMARE IL GOVERNO. LA LEADER DI DESTRA: LA NOSTRA VITTORIA SOLO RIMANDATA

Respinta Le Pen, caos francese

Trionfa la sinistra, risorge Macron che supera il Rassemblement. Mélenchon sfida il presidente: premier a noi

IL COMMENTO

Perché questa è la fine del modello De Gaulle

ERIC JOZSEF

L'impianto repubblicano della Francia si salva ma archivia la Quinta Repubblica voluta dal generale De Gaulle. La sera del 9 giugno scorso, annunciando a sorpresa lo scioglimento della Camera dei deputati come conseguenza del vittorioso 31% del Rassemblement national alle elezioni europee, il presidente francese Emmanuel Macron aveva invocato la necessità di un «chiarimento della situazione politica». Ieri sera la risposta degli elettori al secondo turno è stata netta. Malgrado l'avanzata dell'estrema destra e dei suoi alleati al primo turno del voto legislativo, il 30 giugno, il risultato del ballottaggio conferma che una grande maggioranza di francesi non vuole consegnare il Paese al partito di Marine Le Pen e Jordan Bardella. Il Rn realizza comunque il miglior risultato della sua storia. - PAGINA 27



L'eterno miraggio di Marine

FRANCESCA SCHIANGHI

«Un vecchio mondo è caduto, niente può fermare un popolo che si è rimesso a sperare». Applausi e qualche bandiera. - PAGINA 2

La vittoria a metà di Emmanuel

DOMENICO QUIRICO

Un ninolino della Reggenza, età di torbidi galanti quante altre mai, che avrebbe incantato La Rochefoucauld. - PAGINA 5

LA GEOPOLITICA

Un duro colpo al partito degli "amici" di Putin

ANNA ZAFESOVA

Dopo la visita di Viktor Orban al Cremlino, e in attesa del voto Usa del 5 novembre, Vladimir Putin contava di rallegrarsi per un'altra svolta politica in Occidente. La «rivoluzione della destra in Europa», di cui vagheggiavano Aleksandr Dugin e i suoi ammiratori italiani che frequentavano l'hotel Metropol di Mosca, sembrava stare prendendo forma. - PAGINA 27



L'INTERVISTA

Attali: il mio Paese non è più governabile

CESARE MARTINETTI

«Mélenchon sogna, non sarà mai primo ministro. La Francia ora è ingovernabile». Jacques Attali non usa giri di parole e va controcorrente rispetto all'interpretazione diffusa secondo cui la gauche con il Nouveau Front Populaire avrebbe vinto le elezioni. Economista, storico, saggista, Attali che oggi ha 80 anni, è stato uno dei consiglieri più fidati di François Mitterrand all'Eliseo. - PAGINA 7

LE ANALISI



Se il populismo si batte solo convivendoci

Marco Follini

Ma cara Schlein Roma non è Parigi

Alessandro De Angelis

LE IDEE

Il welfare sovranista che cancella l'Europa

ELSA FORNERO

Nel 1941, in piena Seconda Guerra Mondiale, il governo britannico incaricò William Beveridge (un economista e sociologo conservatore, ma non populista) di guidare una Commissione che fissasse le linee guida per la ricostruzione post-bellica della società. Il Regno Unito, infatti, era stremato non solo dalle distruzioni materiali ma anche dal forte acuirsi, a causa del conflitto, dei divari sociali. - PAGINA 26

TORINO

Il clown dei bambini "Pestato da razzisti"

CATERINA STAMIN



Il daletson Antonio Delgrado è incredulo. Per tutti è "clown Ida", mago delle bolle. - PAGINA 26

ALPI RIBELLI

Il tetto di cristallo di Anna "Io, architetta delle scalate"

ENRICO CAMANNI

«Perché no?». Anna Torretta è una donna curiosa che non si tira indietro. Se le chiedono di partecipare a un chiacchiere reality sul Monte Bianco risponde: «Perché no?», e pazienza se la gente avrà da ridire. - PAGINA 25



IL RACCONTO

Etna, Stromboli, Solfatara l'estate risveglia i vulcani

MARIO TOZZI

Non esiste una «stagione dei vulcani», come chiunque abbia un minimo di cognizione geologica sa benissimo, ma è comunque una coincidenza di un certo rilievo, per i sapiens, che i vulcani siciliani si siano rimessi in attività mentre i Campi Flegrei sono in costante sollevamento già da molti mesi. - PAGINA 22



Giglio

ACQUISTIAMO DIPINTI, SCULTURE, DESIGN e ANTIQUARIATO ORIENTALE

Antichità Giglio dal 1977 esperti di Arte e Antiquariato



Chiama o invia delle foto

335 63.79.151

info@antichitagiglio.it





Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 187
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DC 58

NAZIONALE



Lunedì 8 Luglio 2024 • S. Priscilla

IL MERIDIANO

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

A Milano il 13 e 14 Fenomeno Taylor arriva in Italia il tour miliardario

Marzi a pag. 20



E oggi tocca a Musetti Sinner e Paolini quarti di azzurro a Wimbledon

Martucci nello Sport



Il record dell'ucraina Favola Mahuchikh dalle bombe al salto da 2.10

Mei nello Sport



Francia, vince il fronte anti-Le Pen

► I ballottaggi premiano la desistenza: vola la sinistra, poi Macron, lepenisti solo terzi. Bardella (Rn): «Tradito il popolo» Mélenchon vuole l'incarico, ma l'Eliseo studia una coalizione senza di lui. Il premier Attal si dimette. Scontri in piazza

L'editoriale IL CAOS SOTTO IL CIELO DI PARIGI

Alessandro Campi

Dovevano vincere Marine Le Pen e Jordan Bardella: l'estrema destra. Ha vinto, a sorpresa, Jean-Luc Mélenchon: la sinistra radicale. Il primo leader a parlare, non a caso, non appena sono stati diffusi i sorprendenti risultati del secondo turno per le legislative francesi. Ha subito chiesto per sé e il Nouveau front populaire la guida del prossimo governo.

Ma a decidere, mai come stavolta, saranno i numeri finali una volta terminati i conteggi. All'interno della sinistra unita come si spartiranno, a scrutinio concluso, i consensi tra i populistici della France Insoumise e i socialisti riformisti guidati da Raphaël Glucksmann? E come si comporteranno gli eletti della destra repubblicana che rischiano di tornare decisivi in vista di una maggioranza che provi ad escludere le due fazioni estreme?

La verità è che sondaggi hanno sbagliato anche stavolta. Diciamo a loro discolpa che non era facile, per ragioni tecniche, proiettare le tendenze nazionali sulle dinamiche dei singoli collegi, che infatti sono state diverse dalle attese. Hanno avuto ragione solo un punto: non esiste, (...)

Continua a pag. 11

ROMA «La più grande sorpresa elettorale della storia della Francia» ripetono i commentatori. Stravince il Nouveau Front Populaire di sinistra (ma senza maggioranza assoluta). Addirittura, davanti al Rassemblement National di Le Pen arriva anche Ensemble di Macron. La Francia dei tre blocchi sembra ingovernabile. Il premier Gabriel Attal annuncia le dimissioni. Bardella (Rn): tradito il popolo. Mélenchon vuole l'incarico, ma l'Eliseo studia una coalizione senza di lui.

Diamanti, Evangelisti, Gentili, Miglionico, Pierantozzi e Sabadino da pag. 2 a pag. 7

I RISULTATI		Seggi - Proiezioni	
	178/205		157/174
	113/148		67/71

Schlein esulta: una spinta al campo largo

Meloni e le trattative nella Ue la rendita della destra di governo

Mario Ajello

Lo sgomento a destra rimbalza, da metà pomeriggio, tra un telefonino e l'altro dei maggiori meloniani: «No, non è possibile... Delusi, ma non disperati: perché Giorgia



non si è mai troppo entusiasmata per le sorti politiche della collega d'Oltralpe, lasciando Salvini a intastarsi la parentela. Non ha messo più di tanto (molto poco) la faccia Giorgia sulla campagna elettorale di Marine.

A pag. 7

Sacchi: «Calcio italiano debole e poco onesto: per fortuna esiste il Var»



De Rossi e Dybala nel primo giorno di ritiro della Roma. SOTTO: Boccucci, Carina e Lengua nello Sport

Roma al lavoro, la A riparte E per De Rossi c'è Le Fée

La fuga di Bozzolo «Travestimenti e soldi in Svizzera»

► L'ipotesi dei pm: denaro nei paradisi fiscali. Così l'imprenditore (per ora) ha evitato il carcere

BRESCIA Dall'Africa all'Est Europa, alla Svizzera, Giacomo Bozzolo, latitante bresciano ricercato in tutto il mondo, potrebbe essere ovunque. Per non farsi riconoscere l'imprenditore si sarebbe camuffato e avrebbe trasferito i suoi risparmi in banche elvetiche e altri paradisi fiscali. Il depistaggio della Maserati. Il latitante ha degli agganci in Est Europa, ma potrebbe essersi imbarcato dalla Spagna per rifugiarsi in Marocco.

Zaniboni a pag. 12

Poche denunce Rsa da incubo: un anziano su tre viene maltrattato

ROMA La Società italiana di gerontologia: anziani nelle Rsa maltrattati, un terzo è vittima di abusi. Ed è sempre più difficile scoprire le violenze ai danni dei soggetti con fragilità.

Melina a pag. 14

Ascoltati 5 adepti



Il mistero di Alex «La sera della morte temeva quel rito»

TREVISO Alex, il cerchio si stringe: cinque ragazzi sotto torchio. Gli investigatori hanno interrogato di nuovo alcuni dei 20 partecipanti alla "festa" in abbaizia. Un amico: «Era preoccupato per quel rito...»
Pattaro e Zennaro a pag. 13

SPADA
spadaroma.com

Il Segno di LUCA

SCORPIONE, BENE IL LAVORO

La configurazione che dà inizio alla settimana ti offre splendide opportunità di metterti pienamente in luce e brillare nel lavoro, forte di una passione che attinge alle radici della tua natura e ti consente di superare ogni tipo di ostacolo. Sei facilitato anche da una visione molto limpida della situazione, che ti consente di abbracciarla nel suo insieme, contemplando anche elementi secondari che solitamente si perdono di vista.

MANTRA DEL GIORNO
Il presente si alimenta del passato.

L'oroscopo a pag. 11

* Tardano con altri quotidiani (non disponibili separatamente): nelle province di Milano, Lazio, Brescia e Ferrara, il Messaggero • Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20, la domenica con l'ultimo numero € 1,40 in Abruzzo, il Messaggero • Corriere dello Sport - Stadio € 1,40, nel Mezzogiorno, il Messaggero • Primo Piano: Nobile € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuova Quotidiana di Puglia • Corriere dello Sport - Stadio € 1,20, l'altro per singola La vita secondo News Martedì • € 0,50 (solo Roma, "Segreti del barbiere") • € 0,50 (solo Lazio e Frosinone)



Cosa fa crescere le liste d'attesa

di **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

Liste d'attesa negli ospedali: ancora troppe criticità. Il decreto del governo propone misure già previste e mai attuate.

a pagina 18



Corriere.it

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

Sanità, liste di attesa: dov'è la fregatura

IL DECRETO MELONI PROPONE MISURE GIÀ PREVISTE E MAI ATTUATE
IL MONITORAGGIO DI VISITE ED ESAMI FINORA È UN FALLIMENTO
I PRIVATI NON COLLABORANO MAI. POCHI SOLDI, SOLO PIÙ SANZIONI

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

C'è «una straordinaria necessità e urgenza di definire misure volte a garantire la tempestiva attuazione di un programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità». È con questa premessa che il 7 giugno, il giorno prima delle elezioni Europee, il governo Meloni pubblica in Gazzetta ufficiale il decreto-legge n. 73 «Misure urgenti per la riduzione

dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie». Vediamo cosa prevede questo «programma straordinario».

I «codici di priorità»

Viene istituita la Piattaforma nazionale del-



le liste di attesa, che sarà gestita dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). L'obiettivo è monitorare a livello nazionale se sono rispettati i «codici di priorità» sulla ricetta, secondo i quali una visita o un esame medico devono essere garantiti in 72 ore se urgenti, entro 10 giorni se c'è il codice «breve», entro 30 giorni per una visita o 60 per un esame se differibili, e ancora entro 120 se sono programmati. Per farlo la Piattaforma dovrà scambiare informazioni con le banche-dati sulle liste di attesa delle Regioni. Il sistema di rilevamento regionale è previsto dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021. Il problema è che finora non è stato capace di fotografare la situazione reale. Perché?

Il calcolo dei tempi di attesa è stato fatto solo su una settimana-indice a discrezione; pubblicando solo i dati di alcune aziende sanitarie, probabilmente le più efficienti; senza rispettare la lista delle prestazioni da monitorare per legge; senza specificare i tempi entro i quali la prestazione va garantita; e indicando indifferentemente il tempo di attesa «in previsione» oppure «a posteriori» ovviamente molto diversi tra loro: uno indica da quando prenoti a quando avrai l'appuntamento, l'altro misura l'attesa che c'è stata fra la prenotazione e l'erogazione della prestazione. È uno strumento che non risolve, ma cruciale per conoscere, a patto che vengano modificati i criteri di rilevamento, poiché oggi il monitoraggio non garantisce né qualità né completezza delle informazioni.

Le prenotazioni

Nel fissare un appuntamento al telefono il Cup regionale deve comunicare ai cittadini i tempi di attesa sia degli ospedali pubblici sia dei privati accreditati, ossia le strutture che offrono prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale. Regione Lombardia tenta di farlo dal 2016, ma dopo 8 anni i privati accreditati non sono ancora tutti collegati al Cup e le disponibilità degli appuntamenti sono parziali. I privati, per tenersi le mani libere su quali appuntamenti dare e a chi, non vogliono mettere a disposizione le loro agende in un sistema unico. Chissà se stavolta riescono a obbligarli.

È fatto divieto di sospendere o chiudere le attività di prenotazione. Divieto già previsto dalla legge 266 del 2005, ma ancora oggi succede che uno chiami e si senta dire che in quel momento non c'è posto e lo invitano a ritelefonare più avanti.

L'attività a pagamento

Quando i tempi delle «classi di priorità» indicate sulla ricetta non possono essere rispettati ci sono due opzioni. La prima è che il direttore generale si rivolga ai suoi medici che fanno attività a pagamento dentro l'ospedale, per includere alcune ore con le tariffe del sistema sanitario, dunque più basse: una prima visita di chirurgia generale il servizio sanitario la rimborsa 22 euro contro il minimo di 60 della tariffa a pagamento. L'utilizzo della libera professione senza costi aggiuntivi per il cittadino per ta-

gliare le liste di attesa è già prevista in numerosi provvedimenti a partire dal 1998: il decreto legge 124/1998 stabilisce che in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa il cittadino possa utilizzare la libera professione dentro l'ospedale pubblico e pagare solo il ticket; il contratto che regola l'attività dei medici dal 2000 prevede che possano essere chiamati dai vertici dell'ospedale a svolgere attività libero professionale per ridurre le liste d'attesa; possibilità ribadita dal Piano nazionale di governo a partire dal 2010-2012. Tutte norme mai applicate!

La seconda opzione la deve esercitare la Regione, ed è quella di farsi aiutare dai privati accreditati. Regione Lombardia lo ha messo negli obiettivi 2023, chiedendo un aumento di produzione del 10% rispetto al 2019 per tutte quelle prestazioni con tempi di attesa lunghissimi: visite, ecografie, risonanze magnetiche, Tac e endoscopie.

Cosa è successo? I privati accreditati hanno fatto 700 mila prestazioni in meno con il servizio sanitario e 400 mila in più invece a pagamento! L'As ha trattenuto dal contratto 10 milioni di penalizzazione per il mancato raggiungimento degli obiettivi, ma evidentemente ai privati conviene comunque potenziare l'attività in solvenza: del resto privilegiano le prestazioni che rendono di più rispetto a quel che serve.

Previste visite diagnostiche e specialistiche da effettuare nei giorni di sabato e domenica e prolungando gli orari. Anche questa misura è già prevista dal Piano nazionale 2019-2021 e non applicata.

I controlli e le sanzioni

Nasce l'Organismo che deve vigilare sulle liste di attesa. La stessa cosa che già doveva fare dal 2006 un analogo organismo solo con un nome diverso (SiVeas). In pratica viene autorizzata una nuova direzione generale al ministero della Salute con qualche dirigente da assumere in più e 20 nuovi funzionari, però con potere sanzionatorio.

Morale: fin qui il nuovo «programma straordinario» del governo Meloni contro le liste di attesa contiene misure già vecchie, la differenza è che vengono rafforzate le sanzioni in caso di inadempimento. Il personale dell'Organismo di vigilanza sulle liste di attesa svolgerà funzioni di polizia amministrativa e giudiziaria. Per i direttori generali è prevista la revoca dell'incarico; per gli erogatori privati accreditati la messa a disposizione delle agende è una condizione per l'accreditamento; in caso di chiusura delle agende la sanzione amministrativa già prevista da un minimo di 1.000 a un massimo



di 6.000 euro viene raddoppiata. E anche il cittadino viene responsabilizzato: l'assistito che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta può essere tenuto al pagamento del ticket, misura peraltro già prevista, ma mai attuata.

Le assunzioni

Il ministro della Salute Orazio Schillaci enfatizza la possibilità di assumere, oltre al normale turnover, medici e infermieri utilizzando fino al 15% dell'incremento del fondo sanitario nazionale. L'articolo del decreto fa riferimento a una norma prevista dalla Finanziaria 2022. In pratica se questo 15% lo traducessimo in numero di teste, facendo finta che siano solo medici (ma così non è), vorrebbe dire 5.000 in più. Ovviamente l'incremento del personale serve anche per potenziare i ricoveri, i Pronto soccorso, i servizi territoriali, ecc., e solo una parte è finalizzato alle attività legate alla riduzione dei tempi di attesa.

Unica vera novità: medici e infermieri be-

nificeranno di un'agevolazione fiscale del 15% sui compensi per le prestazioni aggiuntive. Il medico che oggi prende 100 euro l'ora, di fatto, è come se ne prendesse 150. La misura costerà in 3 anni (2025-2027) 491,7 milioni di euro, sempre a carico del Fondo sanitario nazionale. Il decreto si concentra sull'obiettivo di produrre più prestazioni, ma non interviene sull'appropriatezza: nel 2023 le prescrizioni delle prime visite sono aumentate del 31% rispetto al 2019 e quelle delle risonanze magnetiche del 38% (dati Agenas). Resta il fatto che oggi gli italiani per superare le liste di attesa spendono di tasca loro per le visite ambulatoriali e gli esami diagnostici oltre 8 miliardi all'anno (dati Cergas-Bocconi). Basta questo per capire che senza importanti nuovi finanziamenti al Ssn non si va tanto lontano. Difficile che bastino solo le punizioni!

Dataroom@corriere.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le sanzioni

- Revoca incarico o mancato rinnovo** per i direttori generali
- Revoca accreditamento** per i privati che non mettono a disposizione le agende di prenotazione
- Funzioni di polizia amministrativa e giudiziaria** per l'Organismo di verifica e controllo
- Sanzioni raddoppiate** (fino a 12 mila €)
- Pagamento del ticket** per il paziente che non si presenta senza disdire

I poteri di Regioni e direttore generale

- Assunzione di personale sanitario** → Già previsto dalla Finanziaria 2022
- Fare pressione sui privati accreditati** → Finora le richieste sono cadute nel vuoto
- Utilizzare la libera professione** → Finora mai applicato

Visite ed esami



U	B	D		P
Urgente	Breve	Differibile		Programmati
72 ore	10 giorni	Visita 30 giorni	Esame 60 giorni	120 giorni

Fonte: Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019-2021

I diritti ribaditi dal decreto e mai applicati

- Il Cup deve comunicare le disponibilità degli ospedali pubblici e privati accreditati**
 - Regione Lombardia dal 2016 ma non ancora decollato
- Vietato chiudere le agende di prenotazione**
 - Divieto già previsto dalla legge 266 del 2005
- Se la prestazione non è fornita nei tempi stabiliti va garantita in libera professione al costo del ticket**
 - D. l. 124/1998
 - Art. 55 comma 2 del contratto dei medici del 2000
 - Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-12
- Visite ed esami anche sabato e domenica**
 - Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021

Perché finora il monitoraggio ha fallito

- Nessuna indicazione** sul tipo di prestazione da garantire
- Nessuno standard** per il calcolo dei tempi
- Pubblicazione** di dati parziali
- Non monitorate tutte le prestazioni** previste per legge
- Non è possibile sapere** se il tempo indicato è «in previsione» oppure è «a posteriori»

La Piattaforma nazionale delle liste di attesa dovrà avere nuovi criteri di raccolta-dati



Schillaci: «In autunno meno liste d'attesa»

IL PIANO

ROMA Già dall'autunno si potrebbe avere un «visibile miglioramento» sul taglio delle liste d'attesa. Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ospite di Bruno Vespa al "Forum in masseria" a Manduria, in Puglia, ha fatto il punto sul piano del governo per la sanità.

Un cronoprogramma che si dovrebbe concludere nell'arco di due mesi, dopo il lavoro in atto sui provvedimenti del decreto legge varato dal governo. E da gennaio 2025 anche più medici e infermieri, con lo stop al tetto delle assunzioni perché «non si può pensare di abbatte-

re le liste d'attesa non incrementando il numero degli operatori sanitari». Ci sarà un nuovo calcolo basato sul fabbisogno. Con la possibilità, nel frattempo, per le Regioni che hanno la capacità economica, di assumere più personale socio-sanitario, del 5% in più.

IL PERCORSO

«Tutti quelli che hanno prenotato una prestazione - ha aggiunto il ministro - due giorni prima di effettuarla saranno chiamati per la conferma» e questo significa recuperare fino al 20% di disponibilità. Su tutto campeggia la piattaforma per il monitoraggio, in grado di dare dati precisi e Regione per Regione per conoscere in maniera chiara quali sono le prestazioni e le terapie, e quali

le visite di cui i pazienti hanno bisogno con i reali tempi d'attesa. Altro pilastro il Cup unico pubblico-privato convenzionato. Ci saranno poi più risorse per la prevenzione e la salute mentale.

F.Bis.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Orazio Schillaci



5 lug
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Nursind: per ridurre le liste d'attesa 6 italiani su 10 chiedono più assunzioni di personale

Sei italiani su dieci (il 60% esatto del campione) sono convinti che per risolvere il problema delle liste d'attesa occorra assumere più medici e infermieri e oltre la metà (il 56%) ritiene necessario investire più risorse nel settore pubblico per estendere gli orari dei servizi sanitari.

Mentre è in corso in Senato l'iter del decreto liste d'attesa licenziato dal governo, Nursind ha voluto coinvolgere direttamente i cittadini su questo tema con una survey commissionata a Swg. “Un sondaggio – commenta il segretario nazionale Andrea Bottega - che rivela da un lato la consapevolezza da parte degli italiani della necessità di interventi concreti e non di misure spot senza risorse e dall'altro anche le loro preoccupazioni sulla tenuta del Ssn. Del resto, il fatto che solo un responder su dieci (11%) sostenga l'ipotesi di un rafforzamento del privato accreditato per abbattere i tempi dei servizi sanitari è spia di un timore crescente nella popolazione circa un progressivo scivolamento verso il privato della sanità”.

Dall'indagine emerge altrettanto chiaramente la convinzione da parte dei cittadini del ruolo che potrebbero giocare gli infermieri per contrastare le lunghe liste d'attesa: il 71% del campione crede infatti che tra visite di controllo post ricovero, medicazioni semplici, piccole suture e prescrizione di presidi sanitari, contribuirebbero a snellire i tempi di risposta. Un italiano su cinque pensa addirittura che questa soluzione migliorerebbe di molto la situazione.

“Pur volendo, però, il problema numero uno - commenta Bottega - rimane la carenza di professionisti e, ammesso che si voglia assumere personale infermieristico, l'ostacolo da superare è ancora una volta la scarsa attrattività del nostro lavoro. Un appeal sempre più sbiadito che non solo noi, come parte in causa, ma anche gli italiani (l'84%) adducono in primis agli stipendi bassi e a carichi di lavoro eccessivi, oltre che (l'80%) a un irrilevante riconoscimento del valore della professione”.

Un comune sentire tra cittadini e infermieri che riguarda anche i timori per il futuro.

“Condividiamo con gli italiani le stesse ansie - prosegue il segretario -. Ben nove italiani su dieci si dichiarano preoccupati per la grave carenza di infermieri che si profila nei prossimi anni. E noi lo siamo quanto loro. Come diretta conseguenza di ciò, il 53% degli intervistati da Swg teme una riduzione dei servizi pubblici a favore di quelli privati, mentre il 35% una riduzione della qualità delle prestazioni. E noi non possiamo dare loro torto”. Senza contare che “il 39% del campione paventa un allungamento delle liste d'attesa. Una prospettiva cui guarda con timore anche il Nursind, preoccupato già adesso dagli effetti dell'attuale decreto. Non a caso – conclude Bottega - abbiamo subito messo in guardia governo e Parlamento sul rischio di uno spostamento dei tempi d'attesa dalla fase diagnostica a quella terapeutica”.



5 lug
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Liste di attesa: non si abbattano rincorrendole, servono trasparenza e programmazione

di Massimo Braganti*

Il Consiglio dei Ministri, con i decreti varati recentemente (DL n.73 e DLL del 7 Giugno) ha cercato di intervenire nell'annosa questione dell'abbattimento liste di attesa, argomento sempre di attualità negli ultimi dieci - quindici anni, con un incremento delle criticità che è aumentato in maniera esponenziale specialmente dopo la pandemia.

Purtroppo si può notare che i provvedimenti adottati non risultano essere passati attraverso un processo di concertazione con le Regioni, con le rappresentanze sindacali, e con i rappresentanti delle professioni coinvolte, ma ancora meno con i clinici e coloro che effettivamente hanno a che fare con queste tematiche giornalmente. Tali criticità sono rese dirompenti dai media nazionali tendenti a criminalizzare un sistema pubblico, che sta facendo il possibile in uno scenario di risorse limitate. Proprio sul tema delle risorse in ambito sanitario è opportuno ricordare una frase dell'economista e filosofo americano Herbert E. Klarman che nel 1970 disse: "Nella storia umana non è mai esistita un'epoca in cui siano state disponibili risorse sufficienti per soddisfare il generale e costante desiderio di migliorare la qualità e la durata della vita. Per quante risorse io metta a disposizione certamente avrò bisogno di ulteriori risorse."

E' sostenibile che pensare di abbattere le liste di attesa rincorrendo la domanda di prestazioni dei cittadini sarà sempre una strategia perdente; per quante prestazioni si possa garantire con incremento di orario del personale del SSN o con incremento di prestazioni fornite dal sistema privato convenzionato e non, dopo una fase di contenimento, immediatamente si avrà una nuova esplosione di richieste rendendo vano quanto fatto.

Nei provvedimenti adottati si trovano solo azioni tendenti ad aumentare l'offerta di prestazioni, con azioni di valorizzazione oraria nei confronti dei professionisti, (professionisti in molti casi già carenti per garantire l'ordinario, fra l'altro senza tenere conto di un limite lavorativo e di necessità di recupero psicofisico obbligatorio per legge, oltre il quale è messa a rischio la qualità della prestazione con la possibile configurazione di responsabilità anche penali a carico di chi lavora oltre i limiti previsti dalle norme), valorizzazione che per alcune specialità si trova già in concorrenza con i privati, nazionali o esteri, ma che certamente il sistema pubblico non potrà garantire, vedasi primi fra tutti nella chirurgia, i grossi guadagni che si prospettano nella chirurgia estetica. Nei provvedimenti non si trova alcuna indicazione di azioni tendenti a intervenire sulla creazione della domanda, e quindi riportare in termini di appropriatezza le prestazioni erogate. E' ipotizzabile che in uno scenario di conflittualità utenti/operatori del SSN, la risposta dei professionisti a loro tutela è quella di spingere



al massimo la medicina difensiva prescrivendo prestazioni oltre ciò che effettivamente serve.

Nei provvedimenti non ci sono azioni tendenti a ripulire le liste di attesa da situazioni o da pazienti che hanno già fruito della prestazione altrove, ma che non si sono cancellati, o addirittura di pazienti deceduti ma ancora presenti nelle liste. Altra azione dovrebbe essere quella di analizzare la modalità con cui si incrementano le liste per scoprire quei comportamenti opportunistici che talvolta si riscontrano in qualche professionista per i quali sarebbe opportuno un intervento non solo delle autorità sanitarie ma anche quelle di strutture di controllo economico finanziario nazionali.

In termini di appropriatezza è essenziale la condivisione della correttezza delle prestazioni tra le diverse anime di professionisti medici Ospedalieri, specialisti ambulatoriali e medici di medicina generale. Lo scollamento tra i diversi professionisti non fa altro che generare una domanda crescente di prestazioni con dubbi di appropriatezza, mentre la definizione di corretti percorsi, oltre a ridurre la domanda fornirebbe maggiore tranquillità nei confronti dei pazienti. Sulla criticità della differenziazione dei contratti tra i professionisti citati, sarebbe auspicabile una loro riunificazione in un solo e unico contratto di lavoro e non diversi contratti che di fatto li sottraggono dalla responsabilità gestionale delle Direzioni Aziendali.

Con la realizzazione anche di una parte delle ipotesi sopra riportate si ritiene possibile riportare le eventuali liste di attesa in una situazione più gestibile. Su tale situazione si potrebbe poi intervenire in modo ragionato con il coinvolgimento di tutti gli attori.

Chi scrive ha formulato queste proposte sulla base dell'esperienza maturata come direttore generale ed amministrativo di Aziende Sanitarie od Ospedaliere in tre diverse regioni italiane dal 2000 al 2023.

**Direttore Generale ESTAR Toscana*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'EMENDAMENTO DI BORGHI (LEGA)

La sinistra all'attacco sui vaccini chiede a Schillaci di chiarire Ma c'è l'ipotesi inammissibilità

Massimo Malpica

■ La "bomba" leghista sui vaccini per i minori "raccomandati" e non più obbligatori, quell'emendamento al decreto liste d'attesa firmato dal senatore leghista Claudio Borghi (nella foto) per silurare la Legge Lorenzin, ha i suoi strascichi polemici anche il giorno dopo, nonostante le prese di posizione dello stesso Borghi che sui suoi social aveva definito l'iniziativa come «personale». Così ieri, domenica, è stata Più Europa ad affilare le armi, reclamando chiarimenti dal resto della maggioranza sull'emendamento Borghi che mira

a far decadere l'obbligo vaccinale per i minori. «Visto che la scelta di non vaccinare non riguarda solo chi non si tutela con il vaccino e che le campagne vaccinali sono fatte per creare immunità di gregge e proteggere tutti, in particolare le persone più indifese - attacca il segretario di Più Europa Riccardo Magi - chiediamo al Ministro della Salute Schillaci di venire in aula a spiegare che politica sulle vaccinazioni intende portare avanti il governo, se prevede l'abolizione dell'obbligo come vuole la Lega oppure no». Insomma, «viste le posizioni no-vax del secondo partito di maggioranza guidato da uno dei due vicepremier, nonché ministro dei Trasporti, Matteo Salvini», per Magi serve «un chiarimento

sulla politica che il governo Meloni vuole mettere in atto per il futuro e che riguarda la salute dei cittadini, in particolare quella dei più piccoli e dei più fragili».

Ma con un video postato su X, è ancora il firmatario del controverso emendamento, il leghista Borghi, a ridimensionare la portata della sua iniziativa, smontando in particolare l'ipotesi che si tratti di una «offensiva no-vax». «Due parole per spiegare meglio la mia proposta di abolizione della legge Lorenzin - spiega nel post l'esponente del Carroccio - perché i giornali come al solito scrivono sciocchezze. Non è una proposta no vax e non è "follia antiscientifica" o "ritorno al medioevo", anzi, è adeguarsi alle migliori pratiche internazionali». Questo perché, insiste Borghi, «se fosse una proposta no-vax avrei pro-

posto l'abolizione dei vaccini», mentre «io sto proponendo di abolire l'obbligo vaccinale», e questo «perché c'è un'ampia letteratura scientifica che indica che l'obbligo porta al rifiuto al vaccino», comportando a conti fatti «l'effetto opposto di una ampia copertura vaccinale».

Ma la discussione e le polemiche potrebbero essere del tutto sterili. L'emendamento di Borghi, infatti, secondo quanto riferiscono fonti parlamentari all'agenzia LaPresse, dovrebbe essere giudicato «inammissibile per estraneità di materia» dalla commissione Affari sociali e sanità di Palazzo Madama, che deciderà sul punto domani.



LA POLEMICA

Attacco ai vaccini e stop ai green pass basta fare male alla nostra salute

EUGENIA TOGNOTTI

L'annunciato emendamento al decreto liste d'attesa del senatore leghista Claudio Borghi potrebbe essere letto come l'ultimo coup de théâtre teso a raccogliere consensi. RUSSO - PAGINA 18



Il testo di Borghi verso l'inammissibilità. L'Ordine dei medici: avrebbe creato una prateria per i virus e quindi messo in pericolo molti bambini

Salta l'emendamento no vax della Lega Gli scienziati: l'obbligo salva i più fragili

IL CASO
PAOLO RUSSO

«E straneità della materia ai contenuti del decreto legge sulle liste di attesa». Così governo e maggioranza finiranno per levarsi dall'impaccio dove li ha messi l'emendamento del leghista Claudio Borghi, che punta a cancellare l'obbligo per 10 vaccini, tra i quali quelli contro i pericolosi morbillo, pertosse, varicella e rosolia. Questo mentre i numeri dimostrano che la legge Lorenzin sulla obbligatorietà ha funzionato, tanto da far scattare in sua difesa la levata di scudi degli esperti in campo medico.

Partiamo dai numeri. Per i più piccoli di età entro i due anni, la copertura vaccinale è salita dall'87,26% del 2016 (anno precedente l'introduzione dell'obbligo) al 94,40% del 20 giugno 2023, ultimo dato disponibile, vicino comunque all'obiettivo del 95% che genera la cosiddetta «immunità di gregge», grazie alla quale i virus non circolano più.

Viene allora da chiedersi a cosa serve mantenere l'obbligo fino a 16 anni. La spiegazione ce la dà Rocco Russo, pediatra, coordinatore del tavolo tecnico sui vaccini: «Fino a 2 anni di età abbiamo comunque 22.755 piccoli non vaccinati. A 5 anni la percentuale di chi ha fatto la seconda dose scende all'84,9%, il che vuol dire 73.353 non immunizzati. A 18 anni le coperture si attestano infine al 93,21% e sono altri 37.637». Fatte le somme abbiamo oltre 133 mila under 18 non vaccinati con la quadrivalente, che protegge anche da parotite, varicella e rosolia. «Questi numeri spiegano perché il virus circoli ancora, tanto da aver fatto notificare 556 casi di morbillo da inizio anno al 31 maggio. Anche se i casi reali potrebbero essere 4 volte tanto, perché -

spiega Russo - il morbillo è contagiosissimo, con un Rt che fa infettare tra le 15 e le 17 persone per ogni contagiato. Con questa situazione - conclude - togliere l'obbligo sarebbe un azzardo».

La pensa così anche l'epidemiologo dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, Massimo Ciccozzi: «I dati ci dicono che le coperture sono più alte nell'età della scuola infantile e materna, dove in base alla legge non ci si può iscrivere senza certificato vaccinale. Dopo l'acqua potabile i vaccini sono la scoperta che ha salvato più vite umane nel mondo, non vedo il perché di questo continuo fare l'occhiolino a posizioni no vax. Hai voglia a dire, "ma oggi quasi tutti i

La legge Lorenzin sulla obbligatorietà ha funzionato, tanto da far scattare in sua difesa la levata di scudi degli esperti in campo medico.



piccoli sono immunizzati”, perchè purtroppo i vaccini sono vittime del loro successo: quando i contagi calano le mamme non vaccinano più i loro figli che così portano in casa virus e batteri, contagiando fratelli più grandi e genitori non immunizzati».

«L'eliminazione dell'obbligo di vaccinazione per i minori di 16 anni avrebbe l'effetto di creare una prateria per i virus e quindi di mettere in pericolo molti bambini, in particolare i più fragili. Ci auguriamo che il Parlamento blocchi questa proposta pericolosa e senza logica», commenta a sua volta Pietro Dattolo, presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Firenze.

La Sipp, la Società italia-

na di pediatria preventiva e sociale ricorda invece che «l'immunità di gregge protegge anche quanti non possono essere vaccinati, come i neonati troppo piccoli per riceverli e le persone di ogni età con malattie che comportano controindicazioni».

Una posizione più «laica» è quella di Gianni Rezza, già direttore della Prevenzione al ministero della Salute e ora professore di Igiene all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano: «Il problema non andrebbe affrontato in modo ideologico. Se si raggiungono gli obiettivi di copertura si può anche pensare di togliere l'obbligatorietà. Ma farlo oggi sarebbe comunque un rischio, perché l'anagrafe nazionale dei vaccinati

stenta ancora a decollare e questo non ci consente di avere una fotografia aggiornata della situazione».

Sul fronte politico da registrare lo smarcamento di Forza Italia, con Maurizio Gasparri che dice «non cediamo a suggestioni no vax», mentre per Maurizio Lupi di Noi Moderati, «lo stop all'obbligo vaccinale per i bambini è una sciocchezza scientifica». Che però trova ancora sponde nella maggioranza. —

I VACCINI OBBLIGATORI

	Dal 3° mese	Dal 13° mese	
OBBLIGATORI	Difterite	✓	
	Tetano	✓	
	Epatite B	✓	
	Poliomielite	✓	
	Pertosse	✓	
	Haemophilus influenzae B	✓	
	Morbillo*		✓
	Parotite*		✓
	Rosolia*		✓
	Varicella*		✓
RACCOMANDATI	Meningococco B		
	Meningococco C		
	Pneumococco		
	Rotavirus		

L'ammissione a scuola

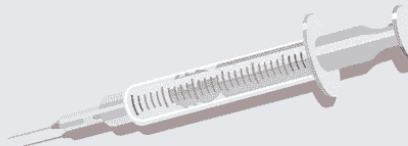
0-6 ANNI (nido e asilo)

6-16 ANNI (scuola dell'obbligo)

Le vaccinazioni sono un **requisito per l'ammissione ad asili e asili nido**. Scattano **sanzioni pecuniarie** in caso di inadempimento (da 100 a 500 euro)



Dalle elementari in poi bimbi e ragazzi possono **accedere comunque a scuola** e fare gli esami, ma, per chi non ha rispettato l'obbligo, l'Asl attiva un percorso di **recupero dei vaccini**



BAMBINI NEL PRIMO E SECONDO ANNO DI VITA

Esavalente: Ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita

Anti-rotavirus: 2 o 3 dosi, nelle prime 24-32 settimane di vita

Anti-pneumococcica: 3 dosi nel primo anno di vita

Anti-meningococcica B: 2 dosi nel primo anno e richiamo a 2 anni

Anti-meningococcica ACWY: 1° dose nel secondo anno di vita

Morbillo, rosolia, parotite e varicella: 1° dose nel secondo anno di vita

Anti-influenzale: a partire dai 6 mesi di età, richiamo fino ai 6 anni

5-6 ANNI

Difterite, poliomielite, tetano, pertosse: richiamo

Anti-influenzale: richiamo ogni anno, fino a 6 anni

Morbillo, rosolia, parotite e varicella: richiamo

ADOLESCENTI

Difterite, poliomielite, tetano, pertosse: richiamo dai 12 anni

Anti-HPV: dal compimento dell'11° anno (due o tre dosi in base all'età)

Anti-meningococcica ACWY: richiamo dai 12 anni

*obbligatorietà soggetta a revisione ogni tre anni

Fonte: Ministero della Salute

WITHUB



QUELLA DESTRA CHE CIFA SOLO MALE

EUGENIA TOGNOTTI

L'annunciato emendamento al decreto liste d'attesa del senatore leghista Claudio Borghi, da anni in servizio permanente effettivo nella campagna no vax, potrebbe anche essere letto come l'ultimo coup de théâtre teso a raccattare i consensi della non sterminata platea degli antivaccinisti. Sennonché la solitaria iniziativa - nel senso che non impegna il partito come afferma l'interessato - non è da liquidare come un'uscita estemporanea, destinata a un'effimera presenza sui Social. Quel che si propone, infatti, è di abolire l'obbligo delle vaccinazioni pediatriche che risale al 2017 - quando tra urla di protesta - l'allora ministro della Salute Beatrice Lorenzin, lo introdusse. A preoccupare allora, tra l'altro, era il morbillo: l'abbassarsi della copertura vaccinale stava aprendo lo scenario allarmante di pericolosi focolai.

Che succederebbe qui e ora? Nel caso che l'emendamento passasse, le vaccinazioni resterebbero semplicemente raccomandate. Non è, con tutta evidenza, un passaggio da poco, ma una vera e propria svolta che allarma medici e pediatri, impegnati su un fronte cruciale e delicato come quello delle vaccinazioni, dal tempo del vaiolo uno degli storici pilastri della sanità pubblica preventiva.

Ora, a leggere l'emendamento che sospende l'obbligatorietà del vaccino, proposto «in nome della libertà», non si sfugge all'impressione che rappresenti, in qualche misura, una sorta di anteprima del «Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028» in dirittura d'arrivo, che enfatizza l'addio all'era degli obblighi, la responsabilità individuale e l'attenzione ai principi di libertà individuale anche per l'accesso alla vaccinazione. Occorrerà leggere l'intero testo. Ma a giudicare dalle anticipazioni che ne hanno dato i giornali

vicini alla maggioranza di governo, siamo in presenza di un cambio di passo rispetto all'abborrita gestione del Covid 19. Niente o quasi in comune col precedente piano del gennaio scorso, elaborato dalla Direzione Prevenzione e presentato in una prima bozza alle Regioni in vista dell'accordo in Conferenza Stato-Regioni. Seppellito da una valanga di critiche sulle odiate misure di restrizione e di aspre polemiche di una parte della maggioranza di Governo - e da gruppi di no vax, cospirazionisti, scettici, fondamentalisti di varia provenienza - quel piano era rimasto per mesi nel limbo. «Un brutto passo falso», stando alle valutazioni che circolavano in alcuni ambienti della destra. Tanto che il ministro della Salute Orazio Schillaci, incalzato dalle proteste, era stato costretto a fine gennaio a rispondere ad un'interrogazione del senatore Borghi sulla revisione degli indirizzi in vista dell'adozione del Piano pandemico per il periodo 2024-2028. Fornendo assicu-

razioni - potenza della politica che si impone sulla scienza - sulla discontinuità del piano rispetto al precedente. Il nuovo piano promette un cambio di paradigma. Per restare nell'ambito dei vaccini non sembra di ritrovare le affermazioni presenti nelle «premesse etiche e giuridiche» della precedente bozza. E l'espressione «stop al dogma dei vaccini», presente in alcuni commenti, non promette nulla di buono, pur in un contesto di apertura: per quanto i vaccini approvati e sperimentali siano misure preventive efficaci, con un rapporto rischio-beneficio favorevole, «non possono, tuttavia essere considerati gli unici strumenti per combattere i patogeni infettivi». Tra le armi alternative di contrasto alla malattia una buona comunicazione, la sensibilizzazione e la lotta alla disinformazione che ha avvelenato gli anni del Covid. Che dire? Non resta che aspettare il testo del nuovo Piano e sperare che improvvide iniziative non abbiano storia. —



Dir. Resp.: Luciano Fontana

FI: NOI PRO VAX. LUPI: SCIOCCHESSE

Vaccini, via l'obbligo L'idea della Lega divide la coalizione

di **Adriana Logroscino**

pro vax». E il leader di Noi Moderati, Lupi, parla di «sciocchezze».

a pagina 8

Via l'obbligo ai vaccini. A chiederlo è la Lega, contraria all'obbligo di vaccinarsi per la varicella, morbillo, rosolia e parotite per i bambini sotto i 16 anni e i minori stranieri non accompagnati. Ma la proposta incontra il no degli altri partiti della maggioranza. Forza Italia: «Noi siamo

«Via l'obbligo sui vaccini» Polemica sull'idea della Lega I no dentro la maggioranza

Lupi: «Sciocchezza». E FI: noi pro vax. Il Pd all'attacco: grave e pericoloso

ROMA «Libertà di scelta». La Lega, attraverso Claudio Borghi, la invoca per interrompere l'obbligatorietà del vaccino contro malattie come varicella, morbillo, rosolia e parotite per i bambini sotto i 16 anni e i minori stranieri non accompagnati. L'emendamento no vax sarà discusso nell'ambito del ddl sulle liste d'attesa e prevede la revisione della legge Lorenzin, che nel 2017 ha introdotto 12 vaccini obbligatori pena l'esclusione di bambini e ragazzi dalle scuole pubbliche e paritarie.

«Conosco il giochino — avverte su X il senatore Borghi — quindi preciso che l'emendamento è MIO». Come dire, una scelta personale che non impegna il partito. L'ipotesi di rendere la vaccinazione non più obbligatoria ma «raccomandata» è discussa se non avversata sotto il profilo scientifico. E apre anche un'ulteriore crepa nei difficili rapporti tra Lega e resto della

maggioranza sui più diversi dossier. Forza Italia, infatti, si affretta a chiamarsi fuori: «Ne discuteremo nelle sedi opportune — trapela dal partito guidato da Antonio Tajani — ma noi siamo sempre stati per la scienza e per i vaccini». Aggiunge Raffaele Nevi, portavoce degli Azzurri: «La libertà di non vaccinarsi non può ledere il principio della sicurezza sanitaria per tutta la popo-

lazione». Più diretta l'obiezione di Maurizio Lupi, leader di Noi moderati: «Lo stop all'obbligo vaccinale per i bambini è una sciocchezza scientifica che avrebbe conseguenze pericolose e non fa parte del programma di governo che punta sulla tutela di minori e fragili, sia in campo sanitario sia in campo sociale ed economico».

Insorge il Pd che parla di «proposta grave e pericolosa» e «indegna di un Paese civile». E Beatrice Lorenzin, espone dem e madre della leg-

ge del 2017, si indigna: «Proposte come quelle di Borghi non hanno nulla di scientifico, lasciano solo il pelo ai no vax e minano la fiducia tra il cittadino e il medico. Mentre l'obbligo vaccinale ha funzionato e sta funzionando». Anche un altro ministro della Salute, Roberto Speranza, non accredita la proposta di Borghi come valutabile nel merito: «Sono solo farneticazioni antiscientifiche di chi pensa di poter lucrare qualche voto no vax».

Borghi però non molla: «Non sono no vax, sono contrario agli obblighi. L'obbligo vaccinale porta con sé rabbia, rifiuto e violenza. Lo abbiamo visto dopo le imposizioni dei vaccini contro il Covid: molti vaccini che venivano dati per



scontati e sicuri ora sono visti con diffidenza. Una consistente letteratura scientifica indica che l'obbligo fa calare la copertura vaccinale. Far cadere l'obbligo è da sempre una mia battaglia. Ora vedremo chi vuole condividerlo, vedremo che idea ha il partito di maggioranza relativa».

La sfida diretta a FdI sembra accreditare la tesi di una

guerriglia che la Lega vuole portare dentro la maggioranza di governo sui temi più vari. Punta il dito verso le contraddizioni del centrodestra, l'opposizione. «È inutile che Borghi precisi che è solo una sua iniziativa personale — rintuzza Simona Malpezzi, Pd, vicepresidente della commissione bicamerale Infanzia e adolescenza —. La Lega e la

maggioranza voteranno contro questa proposta pericolosa?».

Adriana Logroscino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il firmatario

Borghi: io non sono no vax, sono contrario agli obblighi, creano solo rabbia e violenza

L'ex ministra

Lorenzin: proposte simili non hanno nulla di scientifico, minano la fiducia cittadini-medici

La norma in vigore

La legge Lorenzin del 2017



A fissare le regole sui vaccini obbligatori per i minorenni è il decreto legge 73 del 7 giugno 2017, poi diventato legge il 31 luglio 2017 voluta dall'ex ministra pd Beatrice Lorenzin

Dalla poliomielite alla varicella



I vaccini obbligatori per l'infanzia sono quelli contro poliomielite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Haemophilus influenza e tipo B, morbillo, rosolia, parotite e varicella

Le conseguenze per chi rifiuta



Da zero a sei anni, in assenza dei vaccini, i bambini non possono accedere ad asili nido e scuole materne. Dai 6 ai 16 anni, senza certificato di vaccinazione, è fatta una segnalazione all'Asl



L'EMENDAMENTO

Un regalo per i No Vax La Lega vuole abolire i vaccini obbligatori

Dal 2017 gli alunni che non li fanno non dovrebbero entrare a scuola
I pediatri: «Sbagliato, per il morbillo la copertura era arrivata al 94%»

di Elena Dusi

La pandemia è finita, la battaglia della Lega contro i vaccini no. Il senatore leghista Claudio Borghi, vicino alle posizioni No Vax, ha presentato un emendamento al decreto liste d'attesa che vuole abolire l'obbligo delle vaccinazioni pediatriche. Se l'emendamento passasse, le vaccinazioni resterebbero semplicemente raccomandate.

Quest'obbligo risale al 2017. Prevede che bambini e ragazzi fino a 16 anni non vaccinati contro 12 malattie – fra cui morbillo, rosolia e varicella – non possano frequentare la scuola. L'allora ministra della Salute del governo Gentiloni, Beatrice Lorenzin, lo introdusse perché la copertura vaccinale molto bassa – 87,2% – rischiava di provocare pericolosi focolai di morbillo.

Due anni dopo (nel 2019) il tasso di immunizzazione era salito al 94,46%, comunque al di sotto della soglia minima raccomandata per evitare focolai: il 95%. La minaccia di espellere i bambini non vaccinati dalla scuola non si è ovviamente mai materializzata: sarebbe stato anticostituzionale. Anche le multe ai genitori sono state rare, complici i controlli non sempre attenti e alcuni casi di certificati falsi. Quest'anno, come conseguenza, il morbillo

ha rialzato la testa in molti Paesi d'Europa. In Italia a fine maggio si erano registrati 556 casi, un terzo dei quali con almeno una complicanza. Nel 2023 erano stati 44.

Con questi numeri, Borghi ha colto il destro per attaccare la legge sull'obbligo. «L'imposizione non funziona, crea solo rabbia e violenza», ha detto. «Siamo l'unico Paese in Europa, forse con la Francia, ad avere 12 vaccinazioni obbligatorie per i bambini. La legge Lorenzin era una sperimentazione e non mi sembra che i risultati ci siano, la pertosse, ad esempio, ricomincia». Nei primi 4 mesi del 2024 in Italia ci sono stati in effetti un centinaio di bambini ricoverati per pertosse. Tre sono morti. In Europa i casi sono decuplicati nel giro di un anno. Anche per questa malattia la copertura vaccinale nel nostro Paese è sotto alla soglia minima nonostante l'obbligo: 94%.

L'idea di cancellare l'obbligo in un periodo di circolazione intensa delle infezioni preoccupa per primi i pediatri. Rocco Russo, che esercita a Benevento ed è responsabile del Tavolo tecnico sulle vaccinazioni per la Società italiana di pediatria, ha immediatamente lanciato una petizione sul sito Change.org. Da X ha anche ironizzato sulle posizioni No Vax di Borghi: «Egregio senatore, il virus del Morbillo non vota, per cui

non serve sostenerlo facendo decadere l'obbligo vaccinale, soprattutto quando ci troviamo a combattere i danni di questo maledetto virus».

Per Russo «non è affatto vero che l'obbligo non abbia funzionato». La copertura vaccinale contro il morbillo è comunque aumentata del 7%. «I benefici si sono visti soprattutto nei bambini con meno di sei anni. Per i più grandi il divieto di frequentare la scuola dell'obbligo era inattuabile. L'imposizione, che è una sconfitta anche per noi pediatri, ha permesso di recuperare i genitori distratti o indecisi. I veri No Vax hanno magari fatto carte false, ma hanno continuato a non immunizzare i figli».

I 12 vaccini obbligatori combattono poliomielite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Haemophilus influenzae B, morbillo, rosolia, parotite, varicella, meningococco B e C. Per Roberto Speranza, ministro della Salute durante la pandemia, l'emendamento di Borghi «è una farneticazione antiscientifica per lucrare su qualche voto No Vax». Beatrice Lorenzin definisce l'iniziativa «una vera e propria follia priva di qualsiasi evidenza scientifica. Spero che la maggioranza non la sostenga». Forza Italia ha in effetti preso le distanze: «Siamo sempre stati per la scienza e per i vaccini, Non cambiamo idea».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il 51% degli italiani ha difficoltà a raggiungere il pronto soccorso

L'accessibilità

L'indagine Istat fotografa le famiglie lontane da presidi e uffici pubblici

Oltre la metà delle famiglie italiane dichiara di avere difficoltà a raggiungere il pronto soccorso. La mancata prossimità del servizio sanitario d'emergenza risulta in aumento di 1,6 punti percentuali nel 2023 rispetto all'anno precedente.

A rilevare l'accessibilità di alcuni servizi di pubblica utilità è l'ultima indagine «Aspetti della vita quotidiana» di Istat. In particolare la quota più elevata di famiglie che ha difficoltà (un po' o molta) nel raggiungere un presidio ospedaliero si rileva al Sud (circa sette punti percentuali più della media nazionale), seguita dalle Isole e dal Centro (rispettivamente, 52,7% e 52,4%). In oltre 11 Regioni la percentuale di famiglie che non riesce a raggiungere facilmente questo servizio supera la media nazionale: la più alta si registra in Campania (63,5%), seguita da Calabria (62,5%), Liguria (58%) e Puglia (57%).

La dimensione dei Comuni di resi-

denza influenza fortemente l'accessibilità ai servizi, correlata alla diffusione dei presidi sul territorio: nelle città metropolitane a dirsi in difficoltà è il 43,8%; nei Comuni sotto i 2mila abitanti il 68,6 per cento.

La prossimità risulta inadeguata anche per altri servizi. Poco più di tre famiglie su dieci esprime difficoltà a raggiungere Polizia e Carabinieri, con un picco in Campania (41,4%). Faticano a rivolgersi agli uffici comunali, invece, il 31% delle famiglie, in aumento di 1,2 punti percentuali rispetto al 2022. E qui le maggiori difficoltà si rilevano nelle regioni del Centro (39,5% in media; 41,1% in Lazio dove pesa la presenza di Roma e dei tanti uffici capitolini). Più facile, invece, raggiungere una farmacia (nel 2023 solo il 13,8% le ritiene difficilmente accessibili), complice l'aumento dei presidi rilevato negli ultimi anni: oggi si contano quasi 20mila unità rispetto alle 17.680 farmacie registrate nel 2014.

Si segnala qualche difficoltà solamente in Valle d'Aosta (24,9%), in Calabria (23,5%) e in Campania (22,5%); mentre la farmacia diventa realmente un servizio di prossimità nei centri metropolitani (qui solo l'8,7% si dichiara in difficoltà). Istat, infine, indaga l'accesso ai servizi commerciali: il 20% delle famiglie dichiara di non avere a portata di mano negozi alimentari, mercati e supermercati (due punti percentuali in più rispetto al 2022), senza particolari differenze tra aree geografiche.

—M. F.

RIPRODUZIONE RISERVATA

SU INTERNET

Online i dati consultabili

Sul sito internet del Sole 24 Ore i dati relativi alla quota di popolazione con almeno un punto vendita alimentare raggiungibile in 15 minuti, città per città, consultabili in un racconto digitale interattivo. Dalle mappe delle grandi città prese in esame emergono interi quartieri meno serviti, ad esempio Bovisa oppure Trenno e Figino a Milano; ma anche l'Eur o la parte nord di Monte Mario nella Capitale.



Da Milano a Reggio la Sanità delle mafie

GIUSEPPE LEGATO, MONICA SERRA

Basterebbe raccontare quanto si sa sugli ultimi 4 anni di latitanza di Matteo Messina Denaro ricercato in tutto il mondo e malato di tumore «favorito» a casa sua (Trapani e Palermo) da una fitta rete di medici e professionisti per spiegare l'inquietante profondità del connubio tra mafia e sanità. - PAGINA 19

Sanità il business delle mafie

L'ospedale di Napoli in mano ai clan
le mire sulle Rsa della Lombardia
le forniture Covid e gli appalti truccati
Così i boss fanno affari con le Asl

GIUSEPPE LEGATO E MONICA SERRA

Basterebbe raccontare quanto si sa già - e immaginare quanto non si sa ancora - sugli ultimi quattro anni di latitanza di Matteo Messina Denaro ricercato in tutto il mondo e malato di tumore «favorito» a casa sua (Trapani e Palermo) da una fitta rete di medici e professionisti per spiegare l'inquietante profondità del connubio tra mafia e sanità nel nostro Paese e delle sue Regioni nelle quali il 75% (punto più, punto meno) della spesa pubblica confluisce - appunto - nella sanità. Sul punto il valore della spesa primaria netta nel settore pubblico allargato ammonta a più di 120 miliardi di euro in termini reali. Traduzione: la spesa nel settore dei camici e delle cure è cresciuta del 30% circa rispetto al 2010 con un + 25% per ogni cittadino italiano calcolato sul valore pro-capite. Chi ha pensato che la mafia non ci mettesse le mani sopra con tempismo efficace ha sognato ad occhi aperti.

Ed è stata profetica in questo senso un'analisi investigativa della Dia redatta in pandemia, quindi 3 anni fa, che raccontava come - a fronte di numeri sovrapponibili a quelli di oggi - erano «prevedibili importanti investimenti criminali nelle società operanti nel "ciclo della sanità", siano esse coinvolte nella produzione di dispositivi medici (mascherine, respiratori, ecc.), nella distribuzione (a partire dalle farmacie, in più occasioni cadute nelle mire delle cosche), nella sa-

nificazione ambientale e nello smaltimento dei rifiuti speciali, prodotti in maniera più consistente a seguito dell'emergenza». Col senno di poi, bingo. Leggere per credere i dati sulle Sos, (segnalazioni di operazioni sospette): 1110 sono risultate ascrivibili all'emergenza sanitaria e di queste 164 sono confluite - si legge nel penultimo report disponibile (quello del 2022) - a profili di attinenza alla criminalità organizzata. Nel primo semestre 2023 (ultima rilevazione) il dato è stabile con una tipizzazione più dettagliata sulle segnalazioni: 560 per Covid 19, 141 per finanziamenti Covid e 273 per utilizzo anomalo di fondi di settore. Ergo: il polo sanitario è per gli 007 dell'Antimafia «un centro di interessi appetibile sia per le consistenti risorse di cui è destinatario sia per l'assistenza-



lismo e il controllo sociale che può garantire, come dimostrano i commissariamenti per infiltrazioni mafiose». Lo sottolinea Pier Paolo Romani, presidente di Avviso Pubblico (associazione di amministratori contro le mafie e la corruzione che raccorda attorno a sé 541 Comuni, 11 Regioni, 12 Province e tre Città metropolitane): «La sanità è diventata anche terreno di voto di scambio con la mafia: quando i casalesi controllavano l'ospedale di Caserta erano loro che ti prenotavano una tac o una visita».

Il clan Contini padrone del San Giovanni Bosco

E restando in Campania, la storia si è ripetuta di recente. Dinamiche copia incolla, cambiano clan e strutture. Dice ai magistrati della Dda di Napoli il collaboratore di giustizia Pasuale Orefice che «Carmine Botta (vertice del clan camorristico Contini arrestato due settimane fa, ndr) è anche il referente del gruppo mafioso per l'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli, dove il sodalizio dispone di alcuni locali, in genere depositi, dove si effettuano riunioni di camorra per deliberare in merito ad attività delittuose e/o summit con esponenti di altri sodalizi criminali. Ho partecipato personalmente a talune di tali riunioni. Ciò avviene con la complicità di personale dell'ospedale, in particolare del personale della ditta di pulizia e di vigilanza (ditte intestate a prestanomi riconducibili di fatto al clan Contini, sulle quali mi riservo di approfondire), nonché grazie alla connivenza di medici ed infermieri». E difatti al San Giovanni Bosco, «presidio notoriamente sotto l'influenza della famiglia Contini» scrivono i pm nell'ordinanza di custodia cautelare che due settimane fa ha portato in carcere 11 persone, Botta decideva anche chi far accedere alle cure della struttura e chi no: «Ha detto Carminiello che questa è una persona che lui ci tiene! Si deve ricoverare là». Ancora il collaboratore: «Botta mi disse che controllavano la mensa, lo spaccio all'interno dell'ospedale. Quando una ragazza che interessava a noi, ebbe un incidente, dopo che si è svegliata, entravamo in sala intensiva anche in quattro o cinque mentre lì si entra un po' alla volta. Gli infermieri già lo sapevano e ci facevano entrare. Bastava dire loro che appartenevamo alla ragazza del Parco Verde e gli stessi si mettevano a disposizione. Ci davano i camici ed entravamo nella sala».

La famiglia Senese e i contatti col Pirellone

Il caso più eclatante in Lombardia, nel blitz Infinito-crimine del luglio del 2010, fu l'arresto di Carlo Chiriaco, ex direttore sanitario della Asl di Pavia. Accusato di concorso esterno in associazione mafiosa, è stato condannato a dodici anni di carcere fino in Cassazione, perché ritenuto la «cerniera» tra la criminalità organizzata e il mondo politico. «A disposizione» della 'ndrangheta, per i giudici Chiriaco ha favorito il suo radicamento in uno dei settori più ricchi della Regione. Nel tempo, diverse inchieste della Direzione distrettuale antimafia diretta da Alessandra Dolci hanno evidenziato le mire delle cosche su Rsa. ambulanze

e, con la pandemia, sui ricchi appalti per la fornitura di dispositivi di protezione individuale, come mascherine, e sanificazione. Dalle carte della recente operazione Hydra - in gran parte bocciata dal gip di Milano e ora al vaglio dei giudici del Tribunale del Riesame - sono emersi i tentativi di uomini vicini al clan Senese, radicato in Campania e nella capitale, di infiltrarsi anche nella sanità lombarda: «Ma tu ti rendi conto che mazzette? E sì, guarda eh... è una schifezza!», dicevano intercettati dai carabinieri del Nucleo investigativo di Milano.

Sfruttando i contatti col Pirellone e con la politica romana, Gioacchino Amico - finito in carcere per traffico di droga ed estorsione, in un caso aggravata dalla finalità mafiosa - per la pm Alessandra Cerreti avrebbe provato a infiltrarsi anche nel business delle «forniture legate all'emergenza Covid, delle procedure di sanificazione e del servizio ambulanza per trasporto dializzati». «Compare quando apriamo lì a Inveruno faremo anche la sanificazione certificata contro il virus - diceva Amico intercettato - quindi iniziamo a prendere locali e ogni certificazione per la sanificazione... Il minimo in Lombardia per tutti i locali che devono tenere aperti in zona gialla sono 750 euro... Noi la facciamo a 600 euro e ci prendiamo tutti i locali... Ci serve solo un piccolo magazzino per le ambulanze e i mezzi per fare la sanificazione... e i trasporti ai dializzati...».

L'Asp reggina e l'imprenditore delle cosche

E proprio indagando su appalti ventennali (e milionari) per la sanificazione degli ospedali reggini che, nelle cuffie dell'Antimafia, è saltato fuori Domenico Chilà, imprenditore di 57 anni, nato a Pavia e residente a Milano, inquadro dalla Dda e dal nucleo di polizia economica della Guardia di Finanza del capoluogo calabrese come «espressione della potente cosca Serraino», famiglia con radicati collegamenti con la Lombardia, e degli alleati Rosmini. Nelle scorse settimane, gli investigatori coordinati dal colonnello Mauro Silvani hanno eseguito un sequestro da 6,5 milioni di euro a carico di Chilà, la cui impresa al centro dell'inchiesta «Inter nos» ha sede a Milano, a due passi da piazzale Loreto. Lo spaccato è inquietante e ha fatto emergere una sorta di cassa comune finanziata da imprenditori (a loro volta espressione delle famiglie mafiose di Reggio città) per finanziare un sistema di corruzione «dilagante» a detta degli inquirenti:



«Metti 2 mila tu, metti 2 mila lui, metto 2 mila io... Può darsi che io ho la forza o sono magnanimo... Non che voglio farvi uno sgarbo - va bene per me mettimi pure 3 mila - allora si raggiunge una quota di 8 mila, 10 mila euro al mese. Bene. Diamogli da mangiare che è pure giusto». Gare - in ipotesi d'accusa - «turbate con dirigenti e funzionari compiacenti» realizzando «macroscopiche illegalità nell'espletamento dei pubblici incanti nel settore sanitario» Procedure «deviate - si legge negli atti - nell'interesse di una cordata di imprenditori privati, espressione di un coacervo di interessi riconducibile a più consorterie 'ndranghetiste operanti nel Reggino». La corruzione «era la conditio senza la quale sarebbe stata di certo preferita altra ditta» scrivono gli investigatori. Ne erano coscienti tutti: «No vabbè la sanifica-

zione si deve fare eh!.. E chi lo dice che la devi fare tu? possono chiamare un'altra ditta». Quando infine il dirigente dell'area finanze finito nei guai nella stessa operazione rischia di essere trasferito, sono gli imprenditori - si apprende da fonti investigative - che si attivano per farlo confermare in una inquietante melassa di aderenze che come nei giorni di sciocco, in riva allo Stretto, confonde tutti, tranne gli investigatori. —

Le cosche hanno approfittato della pandemia per rifornire di mascherine e dispositivi, ma anche per la sanificazione delle strutture

Gli uomini del clan intercettati
“Ma tu ti rendi conto di quante mazzette girano nella sanità? Guarda, è una vera schifezza...”

Controlli da parte degli ispettori del Ministero e del Nas nell'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli

120

I miliardi di spesa dello Stato nel settore sanitario: l'aumento rispetto al 2010 è del 30%

1110

Le segnalazioni per operazioni sospette nel 2022, di cui 164 collegate al crimine organizzato

10.000

Gli euro al mese di tangente per la sanificazione degli ospedali del Reggino



Poche denunce

Rsa da incubo: un anziano su tre viene maltrattato

ROMA La Società italiana di gerontologia: anziani nelle Rsa maltrattati, un terzo è vittima di abusi. Ed è sempre più difficile scoprire le violenze ai danni dei soggetti con fragilità.

Melina a pag. 14

Rsa, anziani maltrattati Uno su tre vittima di abusi

► Episodi in crescita. E in molti casi chi subisce violenza non informa i familiari per vergogna o paura. I consigli degli esperti per individuare i campanelli d'allarme

IL RAPPORTO

ROMA Chiedono un bicchiere d'acqua, ma spesso chi li assiste fa finta di non sentire. Per ore o ore sulla sedia a rotelle, o immobili a letto, senza che qualcuno se ne preoccupi. Se si rifiutano di stare fermi oppure non vogliono prendere le medicine, rischiano persino di essere stratonati, senza pietà.

È sempre più lungo l'elenco degli abusi che ogni giorno gli anziani non più autosufficienti subiscono a casa o nelle residenze sanitarie assistenziali (Rsa). Che si tratti di una badante o di un operatore sanitario, non c'è differenza. In entrambi i casi, chi commette questi reati spera di farla franca perché la persona fragile non è in grado di opporsi oppure ha paura di dirlo ai familiari. E i dati non sono confortanti: secondo la Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg) sono vittime di abusi il 30% degli anziani fragili, due terzi nelle Rsa e nelle case di riposo. Tra le mura domestiche, invece, i maltrattamenti sono poco rilevabili e nella maggior parte dei casi avvengono purtroppo da parte dei care-

giver e dei familiari.

I SEGNALI

Riuscire a intercettare queste situazioni non è facile, soprattutto se l'anziano è isolato e non riesce a comunicare. Esistono però dei campanelli di allarme, a cominciare dall'abbigliamento e dall'aspetto trascurato. «Tra i segnali che possono far sospettare un problema di abuso, in generale, ricorrono scarsa igiene o un odore sgradevole, abiti sporchi, malnutrizione e disidratazione non correlate a una patologia», rimarca Andrea Ungar, presidente della Sigg. Le violenze fisiche sono più evidenti. Basta osservare se l'anziano ha lesioni sul corpo, come graffi o tagli localizzati prevalentemente su testa e viso, compresi occhi, orecchie, area dentale, collo e arti superiori. «Ma anche cadute e fratture – precisa Ungar – con cause indeterminate o ustioni e lividi in luoghi e di tipo insolito. Mostrare, invece, comportamenti caratterizzati da paura di rappresaglie, vergogna, rassegnazione, riluttanza a parlare apertamente possono essere indicativi di abuso psicologico ed emotivo».

Gli abusi spesso vanno avanti per lungo tempo, senza che nessuno intervenga. Eppure, bastereb-

be un po' di attenzione. «Quando abbiamo un familiare accudito a casa da una badante – mette in guardia Francesco Landi, past president della Sigg e direttore del dipartimento di Scienze dell'invecchiamento del Policlinico Gemelli di Roma – bisogna essere comunque presenti da un punto di vista affettivo, senza quindi abbandonarlo nelle mani di una persona estranea. Per esempio, la domenica, il familiare si può fare carico del genitore anziano per tutto il giorno: portandolo a fare una passeggiata, trascorrendo il tempo libero insieme, e così si può accorgere se c'è qualcosa che cambia rispetto al comportamento abituale». Ma se la persona fragile, magari affetta da qualche forma di demenza, non è più in grado di raccontare e ricordare, può essere utile osservare la comunicazione



non verbale.

I NUMERI

La stessa attenzione non deve mancare se la persona cara è ricoverata in un luogo di cura, come avviene ormai sempre di più: stando all'ultimo rapporto dell'Istat, al 1° gennaio del 2022, i presidi residenziali attivi sono 12.576; 414mi-

la i posti letto, sette ogni mille persone residenti; 356.556 gli ospiti. Individuare gli abusi, però, a questo punto è ancora più difficile, spesso infatti le visite per i familiari non sono possibili senza un appuntamento. «Una Rsa che non permette oggi, a Covid finito, l'ingresso libero dei familiari nella struttura è una rsa che sconsiglierei – rimarca Landi – Ad eccezione del momento dell'assistenza diretta per l'igiene e la distribuzione

delle medicine, i familiari dovrebbero liberamente entrare nel reparto e stare accanto alla persona cara». L'importante è dunque non far mancare mai la propria presenza. «I familiari che hanno una grande confidenza e dimestichezza

– sottolinea Alberto Siracusa, professore emerito di psichiatria dell'Università di Roma Tor Vergata e coordinatore del Tavolo di lavoro tecnico sulla salute mentale del ministero della Salute – possono percepire e notare una reazione diversa: dalla tristezza, all'apatia fino alla paura. Tutti segnali del fatto che la persona fragile può aver subito qualche tipo di maltrattamento».

In ogni caso, niente può giustificare un abuso da parte del personale. Nemmeno lo stress per la carenza di organico. «Vi può essere

una sorta di burn out – rimarca Siracusa – quindi nervosismo, impazienza, aggressività. Però ricordiamoci che un conto è un familiare che può avere momenti di sconforto, un conto è invece chi lo fa come lavoro: nessun operatore può permettersi di maltrattare una persona fragile. La formazione è un elemento centrale quando ci si prende cura degli anziani. Non ci si può improvvisare caregiver».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

414

in migliaia sono, secondo i calcoli dell'Istat, i posti letto destinati agli anziani nelle strutture pubbliche e accreditate

356

in migliaia sono gli assistiti ospitati nelle strutture socioassistenziali italiane pubbliche e accreditate per la cura degli anziani più fragili e non più autosufficienti

3,8

in milioni le persone anziane non autosufficienti in Italia. Saliranno a 4,4 milioni nel 2030 e a 5,4 milioni nel 2050

**LANDI (GEMELLI):
«EVITARE DI SCEGLIERE
STRUTTURE CHE
DOPO LA FINE DEL COVID
IMPEDISCONO ANCORA
LE VISITE AI PARENTI»**

**I SEGNALI PIÙ COMUNI:
SCARSA IGIENE, TAGLI
O LIVIDI SU TESTA E VISO,
COMPORAMENTI
CARATTERIZZATI DA TIMORE
E RILUTTANZA A PARLARE**



5 lug
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Previdenza: con “Quota 100” poca occupazione e molte fughe dagli ospedali

di Claudio Testuzza

“Quota 100” costituisce, nel panorama dell’evoluzione normativa dell’ultimo decennio, il più rilevante canale di pensionamento alternativo di quelli con i requisiti ordinari. E’ rivolto a tutti, non è selettivo nelle caratteristiche soggettive, è limitato nella durata ma non vincolato a finestre temporali chiuse: diritti acquisiti esercitabili anche ex post. Anche se bisogna sottolineare

che, al pensionato che accede alla pensione anticipata quota 100, di fatto, sia vietato cumulare al reddito da pensione l’eventuale reddito che derivi da lavoro, sia dipendente che autonomo (con l’esclusione di quello autonomo occasionale nel limite dei 5.000 euro l’anno) fino al raggiungimento dell’età ordinamentale richiesta per la pensione di vecchiaia (67 anni) o, in alternativa, fino all’ipotetico raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione anticipata ordinaria (42 anni e 10 mesi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne). Condizione che non sembra abbia, comunque, ridotto la volontà di molti, ma, anzi, abbia ingrossato il fronte del lavoro “in nero”.

Il canale di pensionamento “Quota 100”, sperimentale e aggiuntivo rispetto a quelli ordinari di vecchiaia e anticipato, ha permesso il pensionamento ai lavoratori iscritti alle gestioni previdenziali dell’INPS che hanno perfezionato congiuntamente, nel triennio 2019-2021, i requisiti di almeno 62 anni di età e almeno 38 di anzianità contributiva. Soddisfatti questi requisiti entro il 2021, l’uscita con “Quota 100” può avvenire anche successivamente. “Quota 100” ha, di fatto, ai richiedenti consentito di uscire dal mercato del lavoro sino a cinque anni prima rispetto ai requisiti ordinari per la pensione di vecchiaia e per quella anticipata.

A tre anni dal suo avvio e ad avvenuta scadenza del termine per maturarne i requisiti, l’istituto, sulla base dei dati dei contribuenti alle gestioni INPS e delle informazioni rilevate dal monitoraggio delle domande, ha verificato quali categorie di lavoratori abbiano fatto maggiore ricorso a “Quota 100”, di quale sia stato l’effettivo tasso di adesione rispetto alle platee potenziali, di quanto il pensionamento sia stato anticipato rispetto ai requisiti ordinari “Fornero” e dei costi di questo canale rispetto alle attese. Mediamente l’anticipo rispetto al più vicino dei requisiti ordinari è di 2,3 anni. L’anticipo ha inciso in maniera significativa sul valore dell’assegno. Mediamente lo ha ridotto del 4,5 per cento per anno di anticipo per i lavoratori autonomi, del 3,8 per cento per i dipendenti privati e del 5,2 per cento per i dipendenti pubblici. L’età media alla decorrenza si è attestata poco al di sopra di 63 anni, mentre l’anzianità media è di 39,6 anni. In base al monitoraggio dell’INPS, le domande complessivamente pervenute per “Quota 100” al 31 dicembre 2021 sono state 481.444. Le domande provengono per il 49,7 per cento da dipendenti privati, per il 31,2 per cento da dipendenti pubblici e per il 19,1 per cento da lavoratori autonomi. di cui 379.860 accolte (78,9 per cento), 38.759 giacenti



(8,1 per cento) e 62.825 respinte (13 per cento). La quota di domande accolte rispetto al totale delle lavorate è prossima all'86 per cento .

La gestione di liquidazione è stata prodotta da lavoro dipendente privato per quasi la metà dei casi, da lavoro dipendente pubblico per poco più del 30 per cento, da lavoro autonomo per circa il 20 per cento. In valore assoluto le pensioni con “ Quota 100 ” sono state più concentrate al Nord, meno al Mezzogiorno e ancor meno al Centro. Sulla base del monitoraggio di riferimento, sono usciti con “ Quota ” circa 100 150.222 soggetti nel 2019, 115.189 nel 2020 e 109.021 nel 2021, per un totale di 374.432 nuovi pensionati. Oltre un terzo delle pensioni con “ Quota 100 ” si colloca nell'intervallo di anticipo tra 12 e 24 mesi . Ciò si verifica sia per gli uomini che per le donne. Anticipi tra 24 e 60 mesi riguardano quasi il 33 per cento delle donne e circa il 43 per cento degli uomini che usano “ Quota 100 ”. Infine, anticipi inferiori all'anno riguardano circa il 30 per cento delle donne e poco più del 20 per cento degli uomini. Gli importi lordi medi delle pensioni erogate attraverso il canale Quota 100 non mostrano significative variazioni per anno di decorrenza all'interno del medesimo comparto. Sono invece nette le differenze sia per comparto che per genere. In media gli autonomi ricevono 1.376 euro al mese (1.088 le donne e 1.436 gli uomini), i dipendenti privati 2.088 (1.651 le donne e 2.206 gli uomini) e i dipendenti pubblici 2.161 (2.079 le donne e 2.262 gli uomini). A favorire l' iniziativa di “ Quota 100 ”, era non solo l'attenzione alla flessibilità in uscita ma anche quella di non ostacolare, il fisiologico turnover generazionale nel mercato del lavoro, con ricambio anche di capitale umano e competenze : tre giovani assunti per ogni pensionato di Quota 100. Ne era convinto l'allora vicepremier Luigi Di Maio nel 2019. E pure l'altro vicepremier Matteo Salvini che ipotizzava, addirittura, un milione di “ quotisti ” e un milione di giovani assunti, anche per giustificare una misura costosa che così si sarebbe autoripagata.

Com'è andata? In modo un po' diverso. E non solo perché ci sono stati meno della metà di prepensionamenti. Ma perché per ogni uscita le assunzioni sono state solo lo 0,7. E tutte precarie. Lo dice l'Ufficio parlamentare di bilancio (Upb) in uno studio che accompagna il suo Rapporto annuale presentato a fine giugno.

Nella “Sanità” il peso di “ Quota 100 ” è stato nella media del comparto pubblico, ma, comunque, più importante rispetto all'omologo settore nel comparto privato. Il deflusso valutabile nell'1,1 per cento degli occupati (circa 70 mila su 650 mila dipendenti) si è manifestato di più nel Mezzogiorno (1,6 per cento) e meno nel Centro (1,1 per cento) e nel Nord (0,8 per cento). La carenza di personale sanitario, e in particolare medico, non nasce, quindi, oggi , ma con il varo della quota 100, il servizio sanitario nazionale è davvero precipitato nel baratro. Accanto alla fuoriuscita di oltre 40 mila presenze del settore tecnico-infermieristico, sono stati oltre 25.000 i camici bianchi in uscita nel giro di meno di tre anni senza che ci sia stata la possibilità di sostituirli. Oggi in molti ospedali italiani il personale medico è in sofferenza e siamo anche il paese con i dottori più anziani d'Europa (l'età mediana è di 57 anni), il che porterà a un ulteriore peggioramento della situazione nei prossimi cinque-dieci anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE E CURE

Anche i minori vanno interpellati È terapeutico

LAURA PALAZZANI

Rispettare le opinioni dei giovanissimi in tema di salute.

A pagina 19

ANALISI Nuove direttive offerte a tutti i Paesi del Continente: favorire una comunicazione accessibile, sensibilizzare tutti all'ascolto dei più piccoli

Anche i minori interpellati sulla salute Partecipare alle decisioni è terapeutico



LAURA PALAZZANI

In che misura e fino a che punto i minori sono autonomi nelle scelte sanitarie? Quali i confini della responsabilità del medico e del genitore nei trattamenti sanitari rispetto a minori? Si tratta di interrogativi che da tempo emergono nella biomedicina e sollevano numerose questioni sul piano bioetico e biogiuridico. Sul piano giuridico i minori hanno uno "statuto intermedio": hanno la capacità giuridica dalla nascita, ma non sono ancora adulti, dunque non possono godere dei diritti in senso pieno, non possedendo ancora la capacità giuridica di agire. Si esclude che siano riducibili a meri oggetti del diritto, ma non si può ancora parlare di piena titolarità dell'esercizio dei diritti, dunque anche nelle scelte sulla salute.

Le scienze umane e sociali mettono in evidenza come le tappe della maturazione fisico-psichico-sociale nei minori dalla "dipendenza" alla "autonomia", intesa nel senso di consapevolezza e capacità di fare scelte, sia una graduale e progressiva acquisizione; gradualità e progressione che non è facile disciplinare in modo generale e certo in ambito giuridico. Il diritto fissa in modo convenzionale il limite della maggiore età (variabile da Paese a Paese), lasciando indistinta la minore età.

Eppure, la minore età comprende un arco temporale ampio che include: i neonati, i bambini, i fanciulli, i ragazzi, gli adolescenti. Difficile scandire in modo definitivo quale età può dirsi espressione di una maturità autonoma: il fattore *oggettivo* della età va incrociato con il fattore *soggettivo* della maturità. L'intersezione di età e maturità consente di identificare il grado di "partecipazione" alle scelte: partecipare significa che i minori non possono scegliere da soli (ad esempio se accettare o rifiutare un

trattamento sanitario o se entrare o rinunciare/ritirarsi da una sperimentazione), ma al tempo stesso non devono essere esclusi o marginalizzati.

La loro "voce" deve essere espressa, ascoltata, sostenuta, accompagnata, in modo graduale, evolutivo e proporzionato. Quello che desiderano i minori non è vincolante in modo assoluto; ma non deve nemmeno rimanere del tutto inascoltato e lasciare indifferenti. Va "tenuto in considerazione", una espressione che delinea in via generale i confini della validità delle loro scelte sanitarie. "Tenere in considerazione" significa, appunto, "partecipare" alle scelte: una partecipazione che per grado e intensità va definita, caso per caso, insieme ai genitori e ai medici.

Molti i documenti che delineano questo percorso a livello internazionale ed europeo: la *Convenzione sui diritti del fanciullo* delle Nazioni Unite (1989), la *Convenzione sui diritti umani e la biomedicina* del Consiglio d'Europa (1997) e il *Protocollo aggiuntivo alla Convenzione, riguardante la ricerca biomedica* (2004). Il Comitato direttivo sui Diritti umani nell'ambito della Biomedicina e della Salute del Consiglio d'Europa ha recentemente approvato, insieme al Comitato direttivo sui Diritti dei Minori, una *Guida alla partecipazione dei minori nelle decisioni sulla loro salute* (approvato nel novembre 2023, ora reso pubblico). La *Guida* sottolinea che, per quanto si sia consolidata una presa di coscienza bioetica della rilevanza della partecipazione del minore alle decisioni sulla sua salute, permangono alcune problematicità sia teoriche che applicative.

Sul piano teorico il nodo principale riguarda la difficoltà di armonizzare la relazione terapeutica tra professioni-



sti sanitari (medici e personale sanitario), genitori e minori. Se tutti sono d'accordo a considerare l'importanza del principio della progressività (in base a età e maturità) e proporzionalità (nel bilanciamento benefici/rischi, ossia la volontà/desiderio va considerato tanto maggiore è il beneficio diretto sulla salute e minore il rischio), rimangono aperti alcuni problemi nelle scelte sulla salute dei minori. Spesso emerge un disaccordo, se non anche una conflittualità, tra i soggetti che contribuiscono alla decisione. Disaccordi che emergono più frequentemente nella pratica clinica, ove può accadere che la visione del "bene superiore" da parte dei medici e degli operatori sanitari del minore contrasti con la visione dei genitori, e anche con la visione del minore (se ha la capacità di esprimersi).

Il contrasto tra sanitari e genitori spesso può accadere quando le patologie sono estremamente complesse, nel contesto di un'incertezza diagnostica e prognostica: a volte accade che i medici sono propensi a considerare sproporzionati i trattamenti in quanto ritenuti inefficaci e futili in contesti di malattia inguaribile con limitate aspettative di vita e grave sofferenza, mentre i genitori (seppur senza competenze mediche ma con un comprensibile attaccamento emotivo al minore) chiedono di fare "tutto il possibile". Difficile a volte dialogare sui limiti della terapia, sui confini tra terapia e accanimento, sulla proporzionalità delle cure.

Sul piano della sperimentazione, per quanto si riscontri una generale accettazione generosa e altruista alla partecipazione alla ricerca da parte dei minori, alcuni si oppongono ed esprimono il loro dissenso. La *Guida* sottolinea che vi è stato un passaggio dal "tenere in considerazione" (come nel Protocollo della *Convenzione di Oviedo*) al "rispettare" la volontà e il desiderio del minore (cfr. *Regolamento UE 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano*). Se il minore dice "no" a una sperimentazione molto rischiosa, la sua voce va rispettata. Non va invece ascoltata quando i benefici attesi diretti sono alti, i rischi e disagi minimi, perché si ritiene "superiore" il bene-salute del minore.

Sul piano applicativo la *Guida* offre interessanti strumenti, tratti anche dalle buone pratiche nei diversi Paesi, per rendere effettiva nella prassi la partecipazione dei minori alle decisioni sulla loro salute. Il documento si rivolge principalmente agli operatori sanitari, ma anche ai genitori e ai minori stessi. Queste le indicazioni principali: favorire un'informazione e comunicazione attenta ai biso-

gni dei minori, adeguata alla loro capacità di comprensione (non usare termini complessi, spiegarli, inserire immagini e video quando i bambini sono piccoli); dedicare spazio e tempo alla comunicazione; formare gli operatori sanitari a una buona comunicazione con i minori; favorire l'alfabetizzazione sanitaria sia dei minori che dei genitori per avvicinarli a una consapevolezza nelle scelte sanitarie; sensibilizzare i genitori e gli operatori all'importanza dell'ascolto del minore e i minori sul loro diritto ad essere ascoltati, tenuti in considerazione, rispettati in desideri e preferenze.

La *Guida* fa emergere un aspetto interessante: la partecipazione è anche per certi aspetti "terapeutica". I bambini hanno una conoscenza unica della loro vita, dei loro bisogni e delle loro preoccupazioni, e tenere in considerazione il loro punto di vista nelle decisioni e nelle azioni che li riguardano comporta notevoli benefici immediati e a lungo termine in quanto permette di prendere decisioni migliori e più informate. I bambini che partecipano attivamente ai processi decisionali che li riguardano si sentono più preparati e provano meno ansia per l'ignoto.

La partecipazione infonde nei bambini un senso di controllo, che si traduce in una maggiore collaborazione con le procedure, in un migliore adattamento e in una maggiore aderenza al trattamento, contribuendo a ridurre i conflitti che possono insorgere durante questi processi. Insomma, l'incremento di informazione e comunicazione contribuisce a sviluppare un rapporto di "fiducia" tra i minori e i sanitari. Non ci sono ricette definitive, la *Guida* offre indicazioni generali. Spetta ai singoli - operatori e genitori - trovare il "giusto equilibrio" tra autonomia dei minori e responsabilità degli adulti nei loro confronti, nella ricerca di una condivisione che non può che nascere dalla relazione, base per costruire una medicina "sartoriale" "a misura di bambino".

Ordinario di filosofia del diritto alla Lumsa

Sul piano giuridico i non maggiorenni hanno uno statuto intermedio e non possono scegliere pienamente l'importanza delle tappe di maturazione

*Una "Guida" messa a punto dal Consiglio d'Europa
Tenere in considerazione
bisogni e opinioni dei
giovannissimi e rispettare il loro
grado di autonomia è
benefico per il processo di cura*



Le vaccinazioni possono rientrare nelle decisioni sanitarie in cui coinvolgere i minori



Fine vita, al comitato di bioetica sfugge un dettaglio: solo in Italia ci si preoccupa del “sostegno vitale”...

MARIO RICCIO*

Nel lontano 2006, nel pieno del caso Welby, l'allora ministra della Salute - Livia Turco - chiese al Consiglio Superiore di Sanità (CSS, organo tecnico dello stesso ministero) di definire cosa si intendeva per accanimento terapeutico e se Welby ne fosse al momento sottoposto. Con l'evidente intento - pur non dichiarato - di approvarne il distacco dal ventilatore qualora il CSS avesse decretato che Welby era sottoposto a tale trattamento. Il CSS rispose - come era ovvio - che non era possibile definire cosa fosse l'accanimento terapeutico, stante l'assoluta soggettività del concetto. Quel termine, accanimento terapeutico, peraltro al tempo già utilizzato solo nel nostro paese, che veniva rappresentato come il fulcro centrale della vicenda. Mentre era evidente che lo era la volontà del paziente, è poi quasi scomparso dal dibattito sul fine vita, anche in Italia.

Al tempo pensavo che forse meglio sarebbe stato se la ministra si fosse rivolta al Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), anche se poi la risposta non poteva che essere la stessa. Infatti quel termine, con tutta la sua inconsistente evanescenza, proveniva dal mondo etico-filosofico e quindi più di pertinenza del CNB piuttosto che del CSS. Oggi invece abbiamo assistito alla situazione inversa. Mi riferisco al quesito che è stato posto al CNB da un ospedale umbro circa la corretta definizione di cosa si debba intendere per trattamenti di sostegno vitale, criterio indicato nella sentenza della Corte Costituzionale sul caso

noto DJFabio/Cappato come necessario per accedere al suicidio assistito.

È evidente che il quesito posto dall'ospedale umbro sia di stretta competenza tecnica e quindi sarebbe stato più corretto indirizzarlo al CSS piuttosto che al CNB. Ma tant'è. Il CNB - pur a maggioranza - ha comunque ritenuto corretto esprimersi.

Tralascio ogni malizioso commento circa il tempismo - il quesito è del novembre scorso - nell'elaborazione del documento del CNB. Ovvero la prossimità a (forse) una nuova sentenza della Consulta sul punto. Chiamata a decidere sostanzialmente se il criterio stesso della sussistenza dei trattamenti di sostegno vitale sia da mantenere o confligge con il dettato costituzionale.

Ma leggendo il parere del CNB sono due gli aspetti maggiormente rilevanti, nonché paradossali.

Il primo. Il CNB è un consesso di esperti di varia provenienza, (giuridica, medica e filosofica) chiamati ad elaborare un pensiero morale ed etico su problematiche di natura medica. Ciononostante non hanno ritenuto elaborare - neanche a margine - alcuna riflessione proprio sulla validità stessa del criterio sotteso alla sussistenza del trattamento di sostegno vitale. Mi spiego meglio: tale criterio è un unicum nel panorama internazionale. Nessun paese che ha legiferato in materia di morte medicalmente assistita - o che ab-



bia intenzione di farlo a breve - lo ha mai considerato. Ci si sarebbe aspettato che il CNB, partendo da questa premessa, esprimesse un parere - di natura bioetica, appunto, favorevole o contrario che fosse - sull'opportunità del criterio stesso, quale elemento necessario per richiedere la morte medicalmente assistita.

Il secondo. Il CNB si è prodotto in una serie di considerazioni tecnico-cliniche su cosa sia un trattamento di sostegno vitale, sostanzialmente restringendone molto i confini. In pratica riportandosi ai casi Welby e Englaro. Quelli che la stampa, per intenderci, ha definito casi in

cui si è "staccata una spina" ed il paziente è morto. Ora, stupisce che pur avendo fatto continui riferimenti al mondo giuridico, addirittura internazionale, i saggi del CNB abbiano completamente omesso che l'argomento sia stato già ampiamente trattato, e risolto, proprio nelle aule di giustizia. Varie sentenze (caso Trentini di Massa nel 2020; Mario/Federico di Senigallia nel 2022, primo caso di assistenza al suicidio in Italia; "Gloria" di Treviso nel 2023, an-

cora caso di assistenza al suicidio; ed ancora caso di assistenza al suicidio "Anna" di Trieste sempre nel 2023. Tutti casi che chi scrive ben conosce essendo

stati sostenuti dalla Associazione Luca Coscioni) hanno ampiamente discusso dei confini interpretativi della sentenza della Consulta, dandone - giustamente - una ragionata versione estensiva. In merito a tali pronunciamenti giurisprudenziali, nessuna società medico-scientifica ha mai sollevato dubbi. Applicandogli indirizzi del documento del CNB, oggi Marco Cappato e Mina Welby sarebbero stati condannati nel caso Trentini. Mentre nessuno dei casi di assistenza al suicidio sopra menzionati si sarebbero potuti realizzare.



IL RACCONTO

Il telefono del fine vita
 “Aiutateci a non patire”

VALENTINA PETRINI



«Ho un carcinoma osseo. Soffro molto, mi si stanno paralizzando le gambe. La mia è una patologia irreversibile. Aiutate-

mi a morire» Vittorio. «Scrivo a fatica con il puntatore oculare. Ho la sclerosi multipla dal 2017. Le condizioni in cui sono costretta a sopravvivere si sono fatte troppo pesanti. Vorrei scegliere il suicidio assistito». - PAGINA 19

Aiutateci a morire

Vittorio, Sara, Bruno e gli altri: le storie di chi aspetta il suicidio assistito
 “Vogliamo una via d’uscita dalle sofferenze senza lasciare l’Italia”

VALENTINA PETRINI



«Ho un adenocarcinoma al polmone da quattro anni e ora anche carcinoma osseo. Soffro molto, mi si stanno paralizzando le gambe. La mia è una patologia irreversibile. Aiutatemi a morire» Vittorio. «Scrivo a fatica con il puntatore oculare. Ho la sclerosi multipla dal 2017. Sto velocemente peggiorando. Le condizioni in cui sono costretta a sopravvivere si sono fatte troppo pesanti. Vorrei scegliere il suicidio assistito». Sara. «Sono affetta da atassia cerebellare cronica e progressiva. Ho un pacemaker, vivo con l’ossige-

no, mangio solo cibo frullato. Senza cerotti di morfina non posso nemmeno lavarmi». Beatrice.

Bisogna maneggiare con cautela e rispetto le storie di coloro che soffrono di patologie irreversibili e chiedono di potersi congedare dalla vita con il suicidio assistito perché reputano ormai intollerabili le sofferenze fisiche e psichiche a cui sono sottoposti. Vittorio, Sara, Beatrice, sono solo alcune delle persone che hanno chiesto aiuto nell’ultimo anno al numero bianco istituito dall’Associazione Luca Coscioni per sapere come procedere per fare richiesta in Italia di accesso all’aiuto alla morte volontaria. Otto di loro hanno accettato di rendere pubbliche le proprie storie purché restino anonimi. «Negli ultimi 12 mesi sono arrivate 15.559 richieste di informazioni sul fine vita, 43 al giorno, un aumento del 28% rispetto all’anno precedente». Filomena Gallo è segreta-

ria nazionale dell’Associazione Luca Coscioni, cassazionista, difensore e coordinatrice nel collegio di difesa che vede imputati Marco Cappato e altri disobbedienti accusati di aver accompagnato in Svizzera a morire diversi cittadini italiani a cui è stata negata la possibilità di ricorrere all’aiuto alla morte volontaria in Italia, è anche colei che ha mandato di rappresentare gli imputati e i malati presso le cause pendenti in Corte Costituzionale. Perché oltre 15mila italiani si sono rivolti a loro e non alle istituzioni per



chiedere aiuto visto che il suicidio assistito è legge e dovrebbero esserci campagne di informazione? «Perché c'è un vuoto sul fine vita. La legge sulle DAT (dichiarazioni anticipate di trattamento, il cosiddetto testamento biologico) prevede campagne informative ma non sono mai state finanziate. Tutti invece - prosegue Gallo - dovremmo sapere che possiamo scegliere anche prima di star male».

«Il suicidio medicalmente assistito può essere la mia soluzione perché non voglio morire interrompendo i farmaci e quindi tra ulteriori atroci sofferenze». Bruno è affetto da numerose patologie, molte delle quali correlate alla spondilite anchilosante di natura genetica: «Malattia cronica intestinale, osteoporosi, insufficienza della valvola cardiaca, gliosi causata da encefalite. Non sto più in piedi, vivo in sedia a rotelle, pancia gonfia, sudo tantissimo, ho costanti dolori al torace, dolori cervicali, nausea, vertigini, non dormo per la sofferenza, non riesco a deglutire, quindi mangio sempre meno». Bruno come tutti gli altri dipende da terapie varie, è già alla terapia del dolore e alle cure palliative. «Ecco perché quando il legislatore risponde no al fine vita e dice sì alle cure palliative

ve fa finta di non capire - spiega Filomena Gallo. - Siamo tutti d'accordo che le cure palliative vanno potenziate e fornite in modo uniforme sul territorio italiano. Ma la legge 38 del 2010 le ha già introdotte. E chi ci scrive ne fa già uso. Quindi una nuova legge del Parlamento dovrebbe riguardare le situazioni non normate».

Ci sono poi figli che scrivono per i loro genitori, come Tommaso. «Mio babbo non riesce più a leggere e scrivere, le metastasi al cervello hanno lesionato il nervo ottico». Papà Carlo, 83 anni, ha già depositato le DAT in Comune, non vuole accanimento terapeutico. «Al momento è lucido, capace di intendere e volere - spiega Tommaso. - Vorrebbe morire in Italia, a casa sua senza soffrire più. Mi ha chiesto di inoltrare alla ASL la richiesta per il suicidio assistito: non so da dove iniziare». Anche Caterina si è rivolta all'Associazione Luca Coscioni per sua madre, malata oncologica attualmente in hospice domiciliare, mesotelioma in fase finale non più curabile. Terapia del dolore, allettata e con ossigeno H24 ma comunque ancora vigile e lucida. Caterina mi tocca il cuore, da figlia, prima che madre, mi immedesimo nel suo tormento. «Mamma vuo-

le essere aiutata a morire. Da tempo mi chiede di scrivervi e io le ho detto una bugia: che provo a contattarvi senza ricevere risposta. Ora mi sono fatta coraggio. Vi chiedo informazioni su iter e modulo da utilizzare per poter esaudire la sua volontà». Olivia ha 58 anni, da poco le è stata diagnosticata la SLA: «Quando arriverà il momento voglio poter scegliere, avere una via d'uscita a sofferenze psichiche e fisiche che riterrò intollerabili». Simone ha 38 anni ed è affetto da vasculite sistemica idiopatica autoimmune, nella sua manifestazione più grave: i vasi sanguigni danneggiati nei polmoni, nel cervello o in altri organi possono sanguinare e provocare emorragie. Gli effetti sui reni possono progredire rapidamente, portando a insufficienza renale. «Io sono già in questo stadio. Sono laureato in Medicina quindi molto consapevole. Sono lucido e determinato». Simone ha già fatto richiesta alla sua Asl per accedere al suicidio assistito ma anche a lui come molti altri, la Asl ha risposto no, perché gli manca un criterio: quello della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale. Proprio nei prossimi giorni la Corte Costituzionale si esprimerà nuovamente sulla legittimità di questo punto

che mancherebbe secondo l'interpretazione restrittiva delle aziende sanitarie nelle varie Regioni alla maggior parte degli italiani che stanno facendo richiesta di aiuto alla morte volontaria. Sarà la seconda volta (dopo il caso di Dj Fabo che con la sentenza 242/2019 ha introdotto per legge il suicidio assistito), in cui la Corte dovrà colmare il vuoto legislativo in materia lasciato dal Parlamento. «Il requisito del trattamento di sostegno vitale non è presente in nessun'altra legislazione - conclude Filomena Gallo - esta causando forti discriminazioni». Da un recente sondaggio commissionato dall'Associazione Luca Coscioni a SWG è emerso che l'84% degli italiani è favorevole ad una legge che regoli l'eutanasia. A favore soprattutto i cittadini e le cittadine del Centro Italia (91%), seguiti da quelli del Nord Ovest (85%), delle Isole (84%), Nord Est (83%) e infine quelli del Sud (80%). «Anche l'83% degli elettori di Fratelli d'Italia e Forza Italia vogliono una legge giusta in materia. E invece le proposte dei partiti di maggioranza, compresa la Lega, puntano addirittura a cancellare il testamento biologico». Un distacco patologico dei partiti dalla società. —

+28%

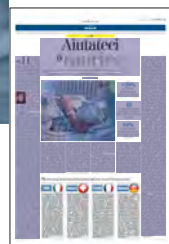
Le richieste di informazioni sull'accesso all'aiuto alla morte volontaria

43

La media di chiamate quotidiane al numero bianco dell'Associazione Coscioni

84%

La percentuale di italiani favorevoli a una legge che regoli l'eutanasia



«I vaccini obbligatori ci proteggono tutti e i dati lo dimostrano. Cambiare è rischioso»

Abrignani: meno casi con i bambini coperti

di **Margherita De Bac**

ROMA Sergio Abrignani che ne pensa della proposta del senatore leghista Borghi di abolire la legge Lorenzin che nel 2017 aveva introdotto l'obbligo di vaccinazione come lasciapassare per iscriversi a asilo nido e scuole dell'infanzia?

«Pollice verso».

La proposta è contenuta in un emendamento alla legge sulle liste di attesa e potrebbe essere considerata inammissibile in quanto estranea alla materia del provvedimento cui dovrebbe essere collegata.

«Mi auguro che non vada avanti. Da ricercatore non posso che essere totalmente contrario. Ma c'era da aspettarsi che il tema sarebbe rispuntato fuori», esclama l'immunologo della Statale di Milano.

Perché?

«Le posizioni leghiste non sono una sorpresa. Dimenticano, al di là delle ideologie,

che percorrere questa strada è un rischio».

Spieghi come mai bisogna temere.

«Appena si molla la presa le malattie infettive che possono essere prevenute col vaccino ritornano. Si è visto cosa è successo prima della legge Lorenzin».

Che cosa è successo?

«In quegli anni le coperture si erano pericolosamente abbassate, anche al di sotto della soglia di sicurezza, tanto che sono emersi numerosi focolai di morbillo. Infezione sottovalutata, che può portare a gravi complicanze se non addirittura a morte».

Di quali malattie infettive stiamo parlando?

«Di quelle incluse nel vaccino esavalente: poliomielite, difterite, tetano, epatite B, pertosse e gravi forme di meningite dovute all'*emophilus influenzae*, un batterio. Poi c'è la quadrivalente che comprende morbillo, rosolia, varicella e parotite».

C'è motivo di diffidare di questi vaccini?

«Sono molto efficaci, i loro benefici sono nettamente superiori ai rischi di effetti col-

lateralità».

Che altro obietta da immunologo?

«Più proteggiamo i bambini meno saranno i casi. Tutte le società scientifiche occidentali di pediatria raccomandano in modo convinto le vaccinazioni, così anche le agenzie internazionali indipendenti».

Un conto è la raccomandazione, un altro l'obbligo. Ieri Borghi ha infatti precisato di essere contrario a quest'ultimo non allo strumento di prevenzione di cui riconosce la validità.

«La politica deve trovare un punto di caduta fra il sacrosanto diritto alla libertà di scelta e il dovere di proteggere i bambini da malattie pericolose».

Però assieme alla Francia l'Italia è l'unico Paese europeo a muoversi nella direzione dell'obbligo.

«E infatti in Italia e Francia è dimostrato che con questo meccanismo aumentano le coperture. Non è vero che l'obbligo porta al rifiuto. È un fatto scientificamente inequivocabile, questo afferma la ricerca. I politici seguono altri

tipi di ragionamento».

Lei è uno degli esperti del Consiglio superiore di Sanità, organo del ministero della Salute, nominato dal governo precedente, presidente Franco Locatelli. Siete stati mai consultati da questo governo su questi temi o sul Covid?

«Alla sezione alla quale appartengo, malattie infettive, non sono stati posti quesiti, evidentemente non hanno bisogno del nostro apporto. Resteremo fino a febbraio del 2025».

mdebac@rcs.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La mia sezione al Consiglio superiore di Sanità mai consultata da questo governo, evidentemente non hanno bisogno di noi



Chi è Sergio Abrignani, 66 anni, immunologo dell'Università di Milano



Franco Locatelli

«Sanità e ricerca, è tempo di investire Usiamo bene il Pnrr»

Il presidente del Consiglio Superiore di Sanità: il Piano non va sprecato
 «Il centro antipandemico nazionale deve essere in grado di investire
 I vaccini anti Covid hanno salvato il Paese in un momento delicato»

di **Pino Di Blasio**
 SIENA



Il professor Franco Locatelli, presidente del Consiglio Superiore di Sanità, risponde in maniera non diplomatica sui preventivati tagli governativi agli stanziamenti sulla sanità pubblica e sui progetti di centro antipandemico nazionale. Che da 2 anni aspetta di decollare, assieme al Biotecnopolo di Siena e al centro antipandemico nazionale, finanziati per legge, almeno nella fase iniziale, con 380 milioni di euro.

«Non riesco a trovare motivazioni logiche per tagliare in sanità e ricerca. Se non vogliamo investire, ci condanniamo a un futuro non competitivo, gli altri Paesi non ci aspetteranno. Tutte le risorse in ambito accademico e private vanno messe a fattor comune, per dotare questo Paese di tutto quel che serve per dare un futuro migliore a chi ci vive. La lezione fondamentale che la pandemia ci ha lasciato è che ogni euro investito in salute e in ricerca sanitaria, è un euro non sprecato, non è una spesa. Non dobbiamo dimenticare che i vaccini anti Covid hanno evitato che il mondo visse una crisi socio-economica catastrofica, che si dilapidassero ricchezze ingenti per i lockdown e le restrizioni. Oltre ad aver salvato milioni di vite umane».

Negli anni della pandemia lei era considerato un salvatore

della Patria. Come reagisce a inchieste e polemiche che le rimproverano errori?

«Quanto è stato fatto durante il Covid, è stato fatto con spirito di servizio. Se uno volesse farmi un complimento è definirmi un civil servant del Paese dove sono nato. Nel momento in cui si mette in sicurezza un Paese, vanno messe in conto anche inchieste e polemiche. Non posso dire di non aver provato amarezze, ma cerco di superarle, pensando che alla fine tutto si risolverà».

Cosa teme sugli stanziamenti per la sanità? Il patto di stabilità obbliga il Governo a trovare risorse, Regioni e aziende sanitarie sono in stato d'allerta.

«Non possiamo trovare i miliardi che servono per i bilanci tagliando in spesa sanitaria. Di fatto l'Italia, nonostante l'incremento degli ultimi due anni, spende meno di Francia e Germania in percentuali di Pil. Già oggi la spesa *out of pocket* in sanità, ovvero quanto spendono i cittadini di tasca propria, è di 21 miliardi di euro. In Germania è poco sopra gli 11 miliardi, in Francia 9. Sono dati della Corte dei Conti, non sono affatto di parte. Tante persone rinunciano a spese sanitarie per mancanza di capacità economiche. Dobbiamo tutelare il servizio sanitario pubblico, lasciarlo inalterato alle future generazioni. Dal 1978 al 2019, prima del Covid, in Italia l'aspettativa media di vita è aumentata di più di 10 anni. Vogliamo rinunciare a un patrimonio simile, accumulato nei de-

cenni?».

Ritiene sia un momento favorevole per sperare in fondi pubblici?

«Le rispondo ancora in modo non elusivo. Il Pnrr offre delle opportunità uniche, l'ho già definito una sorta di Piano Marshall della ricerca. Non va sprecato, va valorizzato nel modo migliore, facendo scelte proiettate sul futuro e dando prospettive di sviluppo e crescita».

Perché crede che sia decisivo investire in ricerca?

«E' imprescindibile investire in ricerca. Non esiste una buona assistenza se non è supportata da una grande ricerca. Che deve trovare una fusione di risorse e competenze non solo da gruppi privati, ma anche da istituzioni pubbliche e accademiche. Fortunatamente l'Italia in vari settori della medicina e delle Scienze della vita, vanta eccellenze assolute. Investire in ricerca vuol dire investire sul futuro di un Paese e offrire anche opportunità occupazionali ai giovani. Le nostre Università sono ancora tra le migliori del mondo, lo dimostra anche il fatto che i ricercatori italiani occupano posizioni preminenti in tanti centri internazionali».



Lei è membro del comitato scientifico del Biotecnopolo, il contenitore del centro antipandemico nazionale. Il progetto ha ancora senso?

«Ritengo l'hub antipandemico un'opportunità che l'Italia non dovrebbe sprecare. Il Biotecnopolo deve essere messo nelle condizioni per lavorare al meglio e offrire una struttura in grado di rispondere ad eventuali nuove emergenze pandemiche. Ma deve essere messo in grado anche di investire nella ricerca e sviluppo di vaccini e anticorpi monoclonali per contrastare nuove infezioni. Penso soprat-

tutto alla resistenza agli antibiotici».

Il Biotecnopolo ha un nuovo statuto, una governance nuova, ma regna l'incertezza sugli stanziamenti governativi. Pensa sia una fase di passaggio per l'hub antipandemico?

«Io la definirei una fase stagnante da cui è opportuno uscire al più presto. Dotare di risorse l'hub antipandemico è prioritario. Lo stanziamento risale a due anni fa, al Governo presieduto da Draghi. All'epoca furono prese scelte ponderate, niente affatto casuali. Si decise di investire su un centro antipandemico

nazionale, come avevano fatto altri Paesi industrializzati, di realizzarlo a Siena per la storia secolare di questa città capitale dei vaccini. E di puntare su Rino Rappuoli, il padre di tanti vaccini contro patologie diffuse in tutto il pianeta. Rappuoli ha la capacità di sviluppare pensieri lunghi, di essere un visionario della scienza. Per tutti questi motivi bisogna uscire più in fretta possibile da questo stallo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Se uno volesse farmi un complimento, mi chiami civil servant. Questa rimane la mia missione

Tante persone rinunciano alle spese sanitarie per difficoltà economiche



Franco Locatelli, presidente del Consiglio Superiore di Sanità



La “salute connessa” prova a crescere anche in Italia

Secondo la ricerca di Capgemini AI e tecnologia insieme saranno la nuova frontiera del biomedicale e dell'assistenza a distanza. Il nostro Paese sta recuperando terreno pur restando ancora indietro: solo il 24% degli intervistati ritiene la propria struttura matura nel settore

Giulia Cimpanelli

Nei prossimi cinque anni più di un quinto del fatturato delle aziende del settore Life Sciences di tutto il mondo deriverà dalla Connected Health, la “salute connessa”. A rilevarlo è il report del Capgemini Research Institute, “The Connected Health Revolution”, secondo cui 3 organizzazioni del Life Sciences su 5 stanno sviluppando una strategia

per l'integrazione dell'AI generativa, mentre oltre la metà la sta già sperimentando per le interazioni con pazienti e operatori sanitari.

«La valorizzazione dei dati relativi all'assistenza sanitaria e le possibi-



lità offerte da tecnologie innovative come l'intelligenza artificiale generativa saranno al centro della rivoluzione. Potranno infatti accelerare lo sviluppo di nuovi farmaci, migliorare l'assistenza ai pazienti e ridefinire il significato di prodotto in ambito farmaceutico. La creazione di solide strutture basate sui dati sarà fondamentale per garantire l'accessibilità e l'affidabilità dei dati stessi, abilitando l'analisi avanzata guidata dall'AI e la reinvenzione dell'assistenza sanitaria», spiega Eraldo Federici, Manufacturing, Aerospace & Life Sciences Director di Capgemini in Italia.

In Italia l'intelligenza artificiale può diventare uno strumento per supportare una sanità in forte difficoltà a causa della scarsità di personale medico e operatori del settore concomitante all'invecchiamento della popolazione. Come? Il trend futuro sarà sempre più orientato a portare la cura a casa del paziente rispetto alle strutture ospedaliere. Il sistema sanitario dovrà essere quanto più possibile digitalizzato e interconnesso. L'obiettivo per il futuro è fornire servizi sanitari direttamente a casa o sul territorio, incrementando le strutture di day hospital e utilizzando il monitoraggio dei pazienti da remoto. Un aspetto cruciale sarà l'uso dei dati per rendere il sistema medico di popolazione più efficiente, ad esempio, analizzando le malattie più comuni in specifiche aree. Sono in corso iniziative per utilizzare *wearable* (dispositivi indossabili) che producono dati e forniscono soluzioni contestuali per trattarli. Ma nel nostro paese, soltanto il 29% delle aziende Life Sciences intervistate da Capgemini dispone di uno o più prodotti per la salute connessa già approvati sul mercato, il 47% li sta testando o sviluppando, e il 24% sta elaborando una strategia.

Se da un lato negli ultimi anni l'Italia ha fatto grossi passi avanti, in alcuni ambiti mostra ancora ritardi rispetto ad altri Paesi. Ad esempio sol-

tanto il 24% dei dirigenti italiani intervistati ritiene la propria organizzazione matura nello sviluppo dei prodotti di *connected health*, rispetto alla media globale del 48%.

La ricerca rileva inoltre che la maggioranza delle organizzazioni a livello globale punta a formare la propria forza lavoro in modo da colmare il gap di competenze esistenti. In questo senso, le aziende italiane dichiarano di voler puntare sull'*upskilling* degli attuali dipendenti (59%), ma soprattutto sulle nuove assunzioni (82% delle organizzazioni italiane rispetto al 56% della media globale). Sebbene le cure preventive e il fitness rimangano le principali priorità per la maggior parte di queste organizzazioni, vi è una crescente enfasi su aree in passato meno considerate, come diagnosi e monitoraggio. «Le soluzioni di *connected health* trovano oggi largo impiego nel settore medtech - con tre aziende su quattro che hanno prodotti sanitari connessi sul mercato o in fase di sviluppo - e nel settore biofarmaceutico - dove il numero di aziende con soluzioni di *connected health* pronte per il mercato è aumentato di sei volte negli ultimi tre anni - continua l'esperto -. I principali sviluppi riguardano l'oncologia, l'immunologia e la cardiologia, ma mostrano un'enorme crescita dal 2021 anche aree terapeutiche relative al diabete, all'obesità e alle malattie della pelle. Negli ultimi anni, inoltre, la crescente consapevolezza riguardante l'importanza della salute mentale e le conseguenze della pandemia hanno portato alla diffusione di dispositivi di *connected health* anche in questo ambito».

Le soluzioni di salute connessa più diffuse includono app e dispositivi sanitari intelligenti, che permettono di monitorare e gestire la salute da casa, come quelle per il controllo dei livelli di glucosio nel sangue per i pazienti diabetici, e i *wearable* utilizzati in ambiti quali la dermato-

logia per monitorare l'esposizione ai raggi UV, o i dispositivi di fitness tracking, come smartwatch e braccialetti utili per rilevare parametri vitali.

Le applicazioni digitali sono inoltre un supporto utile al personale medico, che li usa per raccogliere e analizzare dati biometrici capaci di fornire informazioni dettagliate sullo stato di salute dei pazienti: questo consente allo staff sanitario di monitorare a distanza persone affette da patologie di varia natura, migliorare la gestione delle malattie croniche e riducendo la necessità di visite in persona.

L'IA generativa trova diverse applicazioni rilevanti nel settore della salute connessa. «Innanzitutto - aggiunge Federici - può migliorare la diagnosi e il trattamento di patologie analizzando grandi quantità di dati, aiutando i medici a diagnosticare malattie e pianificare trattamenti personalizzati rispetto alle esigenze dei singoli pazienti. Ad esempio RhythmX AI, un'azienda di assistenza sanitaria basata sull'intelligenza artificiale, ha sviluppato una piattaforma che assiste i medici nell'erogazione di cure iper-personalizzate, utilizzando algoritmi di AI».

Inoltre l'AI generativa può supportare la ricerca medica accelerando il processo di generazione di nuove ipotesi e sperimentazioni basate su dati esistenti. «Ne è un esempio la collaborazione tra Moderna e OpenAI, che ha visto il lancio di mChat, un chatbot costruito con OpenAI. Da allora, l'azienda biofarmaceutica ha implementato oltre 750 Gpt in tutta l'organizzazione, tra cui il Gpt Dose ID, che utilizza la funzione di analisi avanzata dei dati per valutare la dose ottimale di vaccino stabilita dal team dello studio clinico», conclude.

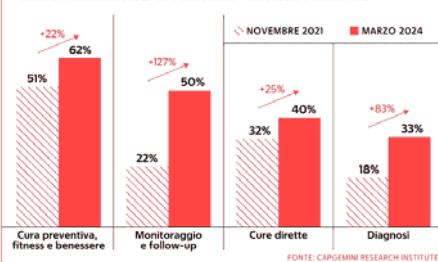


DIABETE E OBESITÀ NEL MIRINO

Queste patologie hanno attirato molte applicazioni, accanto ai settori più "classici": oncologia, cardiologia e immunologia



COME È CAMBIATA L'OFFERTA RIVOLTA AI PAZIENTI



NUMERI

Biofarmaceutico e medtech hanno registrato tassi di crescita pari a sei volte negli ultimi tre anni



Individuare nuovi bersagli per i farmaci e migliorare l'uso delle tecnologie per le malattie neurologiche

Gli obiettivi del programma Mnesys

di **Elena Meli**

E la risposta italiana ai progetti di ricerca sul cervello varati negli Usa e in Europa: avviato a fine 2022 per una durata di tre anni, il programma Mnesys è il più ampio mai stato realizzato nel nostro Paese per studiare il cervello e capire come funziona quando è sano e quando si ammala. L'obiettivo del programma, che è stato finanziato con 115 milioni di euro del Pnrr e coinvolge 500 scienziati di 25 Università, istituti di ricerca e imprese, è aggiungere nuovi tasselli alle conoscenze attuali per «individuare

per esempio nuovi bersagli per i farmaci e migliorare l'uso delle tecnologie per la cura delle malattie neurologiche», come spiega Antonio Uccelli, direttore scientifico del progetto e dell'Irccs Ospedale San Martino di Genova. «Inoltre, vogliamo scoprire nuovi biomarcatori che ci aiutino nel definire la prognosi delle malattie e la risposta che ciascuno può dare ai farmaci, oltre che contribuire a diagnosi sempre più precoci. Per farlo, uno degli obiettivi è creare avatar digitali del cervello per avere un modello su cui testare ipotesi sperimentali e terapie (si veda a lato)». I progetti in corso sono oltre 200, raggruppati in 7 macro-aree, dedicate ciascuna a temi che vanno dallo sviluppo del si-

stema nervoso alle funzioni cognitive, dai meccanismi comuni alle malattie neurodegenerative alle connessioni fra aree del cervello; per ciascuna sono coinvolti neuroscienziati e non solo, in un approccio che parte dagli studi in vitro su singole molecole per arrivare agli studi di popolazione, passando da ricerche su modelli animali, genetica, interazioni sociali e comportamentali. Una strategia a tutto tondo per «Svelare i misteri del cervello ma soprattutto sviluppare trattamenti personalizzati per le malattie neurologiche e mentali, arrivando a una reale medicina di precisione», conclude Uccelli.



Demenza senile

Curare l'Alzheimer
agendo «sul colesterolo»

E se i farmaci anti-colesterolo si rivelassero un'arma in più contro l'Alzheimer? Lo suggeriscono studi di ricercatori che afferiscono all'area del progetto Mnesys dedicata a neurodegenerazione, trauma e ictus, coordinata da Tullio Florio dell'Università di Genova: il farmacologo dell'Università di Parma Franco Bernini, cercando nuovi bersagli per farmaci anti-Alzheimer, ha studiato i livelli di colesterolo nel cervello dei pazienti perché, spiega, «il colesterolo è essenziale per le funzioni delle cellule cerebrali che però da adulte non sono più in grado di sintetizzarlo. Nel cervello adulto perciò il colesterolo viene prodotto da varie cellule fra cui gli astrociti (cellule nervose di supporto

ai neuroni, ndr), che devono garantirne un adeguato apporto ai neuroni perché la barriera emato-encefalica isola il colesterolo cerebrale da quello presente nel sangue. Nel cervello delle persone con Alzheimer abbiamo rilevato però alti livelli di PCSK9, una proteina che ha un ruolo nel metabolismo del colesterolo (si lega ai recettori per il colesterolo Ldl sulle cellule del fegato facendoli degradare più velocemente, riducendo la densità dei recettori e quindi diminuendo la capacità epatica di ripulire il sangue dal colesterolo cattivo, ndr). PCSK9 nel cervello limita il trasporto del colesterolo dagli astrociti ai neuroni, con potenziali effetti neurodegenerativi». A conferma di questo, nei topo-

lini con malattia di Alzheimer si è visto che «silenziano» il gene di PCSK9 i sintomi migliorano e si riduce anche l'accumulo di proteina beta-amiloide; l'obiettivo, ora, è quindi «individuare nuove molecole capaci di inibire PCSK9 nel cervello, ripristinando così un adeguato rifornimento di colesterolo ai neuroni e preservandone la funzionalità», dice Bernini. I ricercatori al lavoro sul tema della neurodegenerazione stanno inoltre osservando che spesso i meccanismi che portano alla morte i neuroni in malattie come il Parkinson, l'Alzheimer o la SLA sono comuni, come spiega Florio: «Spesso dipende da una forma "sbagliata" assunta da proteine essenziali per i neuroni, che le rende non

funzionali; stiamo cercando perciò di interferire con questi processi attraverso molecole che facciano quasi da "stampella" alla proteina-bersaglio, legandosi a lei e consentendole di funzionare bene. L'obiettivo oggi è andare alla radice dei motivi delle malattie neurodegenerative e individuare farmaci curativi, non più soltanto sintomatici come in passato».

Allo studio

anche molecole in grado di fare «da stampella» a proteine che funzionano male



Tecnologia

Trattamenti personalizzati grazie a un avatar cerebrale

«**L**o cervello è come una grande orchestra e oggi, con le nuove tecnologie, riusciamo ad ascoltarlo meglio e anche a capire le “variazioni” sul tema suonato», dice Fabrizio Esposito dell'Università Luigi Vanvitelli di Napoli, coordinatore dell'area tematica di Mnesys dedicata a plasticità neuronale e connettività. Uno degli obiettivi dei ricercatori, già in fase avanzata di realizzazione, è creare un avatar del cervello, un doppio digitale che consenta di prevedere in ogni paziente la progressione di malattia o come potrà reagire alle cure. Una sfida che, come spiega Esposito, parte dalla consapevolezza che «il cervello è plastico, può continuamente imparare qualcosa di nuovo e adattarsi all'ambiente, riuscendo così anche a compensare i danni iniziali di malattie come Parkinson o sclerosi multipla. La

plasticità si manifesta sempre come una modificazione strutturale o funzionale delle connessioni fra neuroni: le funzioni cerebrali non sono il risultato dell'attivazione di un solo neurone né di un gruppo localizzato in una specifica area». Il cervello funziona tramite reti neurali organizzate su diverse scale di complessità: i processi molecolari e della membrana cellulare determinano l'attività dei neuroni, questi influenzano quella dei microcircuiti neuronali, che poi si associano in network più ampi. Analizzando questa complessità i ricercatori di Mnesys sono riusciti a ottenere rappresentazioni digitali multiscale di neuroni, microcircuiti, reti neurali e dell'intero cervello, a partire da risonanze magnetiche che consentono di mappare le aree funzionali su un atlante cerebrale digitale: gli avatar digitali possono

replicare il comportamento del cervello e generano per esempio onde cerebrali molto simili a quelle di un elettroencefalogramma, consentendo di studiare in dettaglio le funzioni cerebrali che emergono in caso di malattie neurologiche. Il passo successivo sono i gemelli digitali del cervello dei singoli pazienti, che sono già stati generati all'Università di Pavia da Egidio D'Angelo elaborando i dati a disposizione tramite algoritmi matematici: «Ciò consente di simulare stati funzionali e parametri neurali non rilevabili con valutazioni cliniche e diagnostiche e potrà aiutare a migliorare le diagnosi, prevedere l'evoluzione della malattia e definire cure più appropriate e personalizzate», conclude D'Angelo.

Genetica

Nuovi bersagli contro l'epilessia

L'attività del cervello deve essere sempre in equilibrio, anche in relazione agli stimoli esterni: proprio dello studio dell'omeostasi neuronale e delle interazioni fra cervello e ambiente si occupa l'area di Mnesys coordinata da Maurizio Tagliatalata dell'Università Federico II di Napoli, con ricerche che puntano per esempio a capire cosa succede nel cervello in caso di epilessia, malattia in cui una «tempesta elettrica» attraversa il cervello alterandone l'equilibrio. I ricercatori sono riusciti a individuare un nuovo gene collegato ai casi di epilessia

pediatrica che potrebbe diventare bersaglio per nuove terapie perché, come sottolinea Tagliatalata: «Gli studi di efficacia sui farmaci contro le convulsioni epilettiche storicamente sono stati condotti sugli adulti e solo dopo, in maniera non sistematica, sui più piccoli, perciò il giudizio di efficacia nel bambino ne deriva in modo spesso indiretto: capire i meccanismi responsabili dell'epilessia potrà aiutare a individuare cure più mirate per l'epilessia pediatrica».

I modelli digitali possono replicare il comportamento del cervello e generano, per esempio, onde cerebrali molto simili a quelle di un Eeg



Dentro i segreti del corpo per comprendere la mente

Scienza. Diverse ricerche si concentrano sulle cause delle patologie al di là dei sintomi mentali
Una rivoluzione di approccio per la psichiatria

Roberto Manzocco

Una rivoluzione è in corso in psichiatria, un cambio di paradigma che porterà per la prima volta questa disciplina ad attaccare non i sintomi delle diverse patologie mentali, ma le cause sottostanti. È quanto emerge da una serie di ricerche svolte da diversi studiosi europei e americani. Facciamo dunque un passo indietro e partiamo dal fatto che la psichiatria moderna ha sempre seguito un approccio diverso dal resto della medicina. Se infatti quest'ultima si è occupata di identificare le cause delle diverse malattie, e di intervenire su di esse, la cura della mente si è limitata appunto a classificare i sintomi delle patologie mentali, trattando appunto questi ultimi.

Secondo Belinda Lennox, direttrice del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, «durante tutto il secolo scorso il trattamento della malattia mentale è stato tenuto separato dal resto della medicina, e non disponiamo nemmeno di test diagnostici o biomarker predittivi».

Tutto ciò è esemplificato nel celeberrimo Dsm (Diagnostic and Stati-

stical Manual of Mental Illnesses), la "Bibbia" della psichiatria, un tomo che cerca appunto di raggruppare i diversi sintomi in condizioni discrete, dalla depressione maggiore alla schizofrenia. Già nel 2013 lo Us National Institute of Mental Health ha tentato di allontanarsi dall'approccio classico, investendo nella ricerca di geni connessi alle patologie men-

tali, ma senza successo, i geni così identificati hanno infatti manifestato un'influenza limitata sui disturbi in questione. Secondo Allen Frances, psichiatra della Duke University, si è trattato di una ricerca intellettualmente stimolante ma di un fallimento dal punto di vista clinico. I geni non costituiscono una spiegazione adeguata, per Ludger Tebartz van Elst, studioso dell'Ospedale Universitario di Friburgo, secondo il quale – ad esempio – condizioni molto diverse tra loro, come autismo, schizofrenia e Adhd, sembrano connesse alla medesima anomalia genetica, causata dalla perdita di un piccolo pezzetto del cromosoma 22. Un primo spiraglio di luce nei confronti della vera natura delle patologie psichiatriche si comincia a intravedere già a partire dal 2007, quando uno studio eseguito all'Università della Pennsylvania su un centinaio di pazienti affetti da problemi psichiatrici ha evidenziato come essi fossero in realtà affetti da un disturbo autoimmune (l'encefalite da recettore anti-Nmda), in sostanza un'inflammatione cerebrale da anticorpi che può appunto provocare psicosi. E in tem-

più recenti Lennox ha messo in luce l'esistenza di un'inedita relazione tra malattie psichiatriche e sistema immunitario. Analizzando campioni di sangue di migliaia di pazienti affetti da psicosi, la scienziata ha evidenziato come nel 6% dei casi ci fosse un numero elevato di anticorpi legati ai recettori Nmda ("vie di comu-

nicazione" presenti nei neuroni). Secondo Lennox non è chiaro come questi anticorpi agiscano, o come possano provocare fenomeni diversi come attacchi epilettici, psicosi ed encefaliti. Non è chiaro nemmeno come possano attraversare la barriera emato-encefalica, la membrana che controlla l'accesso al cervello. Tali anticorpi si concentrerebbero nell'ippocampo, area cerebrale deputata all'elaborazione delle informazioni provenienti dalla memoria a breve termine, il che spiegherebbe la produzione di allucinazioni e credenze illusorie. Secondo la studiosa è necessario un cambio di paradigma: «Le mie ricerche hanno mostrato che persone affette da malattia mentale possono migliorare in seguito a interventi sul sistema immunitario». La studiosa propone tra le possibili strategie l'utilizzo di farmaci immunoterapici o steroidei.

Un'altra linea d'indagine è quella relativa a malattie psichiatriche e metabolismo. Il cervello è un organo affamato di energia, e nel corso del tempo è emersa una relazione tra alterazione di questo o quel pro-



cesso metabolico e lo sviluppo di condizioni come schizofrenia, disturbo bipolare e depressione maggiore. Al punto che alla Stanford University opera da tempo una clinica di psichiatria metabolica, i cui pazienti vengono trattati, oltre che con i farmaci, con la cura dell'alimentazione e dello stile di vita. Una via che promette bene è quella della dieta chetogenica, che restringe l'apporto di carboidrati, costringendo l'organismo a bruciare al loro posto grassi e a produrre molecole note come chetoni, che fungono da carburante per il cervello quando il glucosio è assente. Stando a Kirk Nylén, neuroscienziato esponente

del Baszucki Group – ong che finanzia tra l'altro ricerche neuroscientifiche –, sono in corso ben 13 trial in varie parti del mondo relativi agli effetti delle terapie metaboliche su patologie mentali gravi, terapie che sembrano funzionare anche su pazienti resistenti a farmaci, stimolazione magnetica transcraniale e addirittura terapie elettroconvulsive. E, nel 2023 un database medico, Uk Biobank, ha pubblicato dati che mostrano come le persone sofferenti di depressione presentano un tasso elevato di proteine infiammatorie, come le citochine. E se la Lennox propone di rendere routinari in ambito psichiatrico almeno in certi casi

i test relativi agli anticorpi, Thomas Pollack, neuropsichiatra del King's College di Londra, propone di utilizzare la Mri sui pazienti già dopo il primo episodio psicotico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

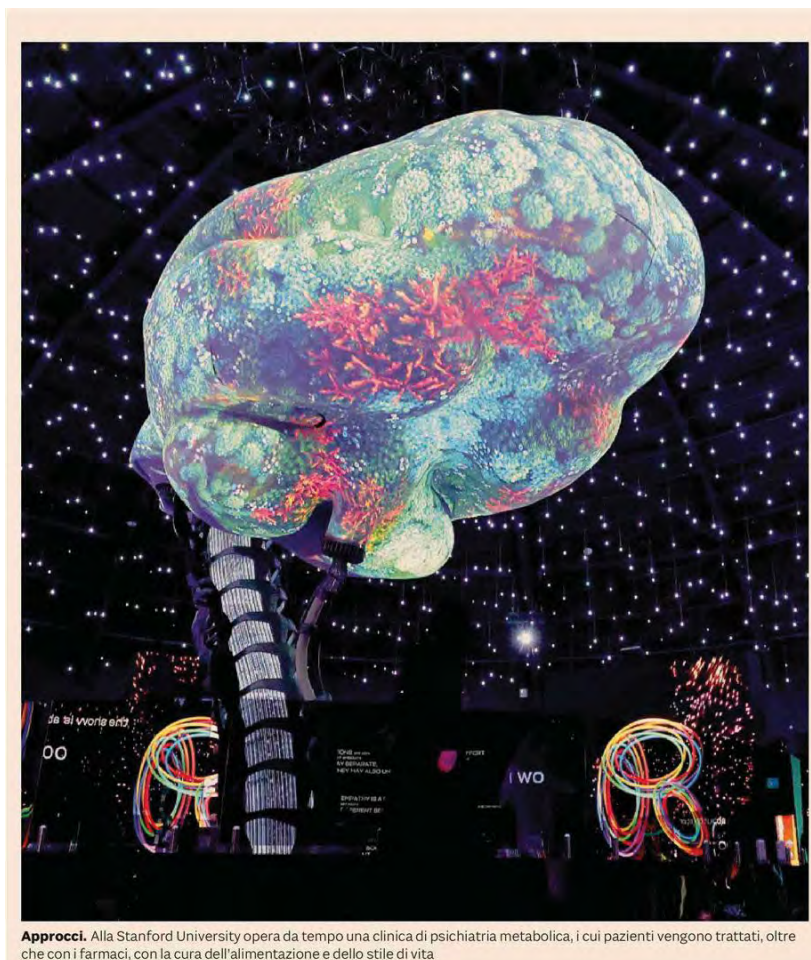
Lennox (Oxford University): «Le persone malate possono migliorare con azioni sul sistema immunitario»



INTESTINO E NERVI

Per la prima volta è stato dimostrato il legame che unisce l'insieme di microrganismi che vive nell'intestino, il sistema nervoso periferico e il suo bersa-

glio, cioè i muscoli. La scoperta (pubblicata su Gut Microbes) apre una strada inedita per la cura delle lesioni dei nervi che si verificano, ad esempio, negli incidenti stradali e sportivi.



Approcci. Alla Stanford University opera da tempo una clinica di psichiatria metabolica, i cui pazienti vengono trattati, oltre che con i farmaci, con la cura dell'alimentazione e dello stile di vita



5 lug
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Crioterapia focale: a Genova intervento innovativo per il trattamento del tumore alla prostata

di Carlo Introini*

L'Ospedale Galliera, inaugurato a Genova nel gennaio 1888, è una delle grandi istituzioni sanitarie del nostro Paese ed è il punto di riferimento per i cittadini della Liguria e di molte zone limitrofe. Gestisce tutte le aree della diagnostica, della medicina, della chirurgia, con ruoli di primissimo piano in alcuni settori ad alta innovazione e una capienza di 418 posti letto.



La struttura Complessa di Urologia, che dirigo dal 2016, è riconosciuta come polo di eccellenza; mi auguro che il lavoro che io e il mio Team svolgiamo quotidianamente possa contribuire a “rafforzarlo” ulteriormente, aiutando un numero sempre più ampio di pazienti ad affrontare e risolvere i propri problemi. In proposito, segnalo che proprio di recente abbiamo introdotto la nuova tecnica di “crioterapia focale” per il trattamento del tumore alla prostata. E siamo in assoluto la prima struttura in Liguria e, comunque, una delle prime in Italia, a effettuare la crioablazione prostatica con Servizio Sanitario Nazionale.

L'intervento è minimamente invasivo, ma molto innovativo sotto il profilo tecnologico. E' particolarmente idoneo per tumori prostatici di piccole dimensioni, singoli, che possano essere asportati in una unica e rapida soluzione. La procedura prevede l'inserimento di 2-3 aghi all'interno della prostata per via transperineale e sotto guida ecografica, arrivando così a creare una piccola “sfera di ghiaccio” (icesphere). Questa viene indirizzata in modo preciso sul bersaglio tumorale, così da trattarlo in modo accurato e senza coinvolgere il tessuto prostatico circostante. Aggiungo che alle caratteristiche di precisione e minima invasività, la crioterapia focale aggiunge alcuni aspetti di fondamentale importanza, primo fra questi la preservazione delle funzioni sessuali e della continenza urinaria. E' un vantaggio non di poco conto e posso testimoniare, dall'esperienza clinica di tutti i giorni, che ci siamo trovati innumerevoli volte di fronte alla resistenza, spesso addirittura al rifiuto dell'intervento da parte di pazienti, timorosi che questo possa compromettere le funzioni vitali.

E non stiamo parlando di casi isolati o di piccoli numeri. Ricordo che il tumore alla prostata registra nel nostro paese oltre 44.000 nuovi casi ogni anno ed è comunque il tumore più frequente nell'uomo. Fino a qualche tempo fa le opzioni terapeutiche che, anche al Galliera, potevamo proporre erano molto radicali e sostanzialmente basate sulla chirurgia, la radioterapia o la sorveglianza attiva. Gli effetti collaterali di queste soluzioni non sono però infrequenti e possono essere invalidanti. Basti pensare che la disfunzione erettile può arrivare al 90%, l'incontinenza urinaria al 60%, le lesioni rettili al 15%; la sorveglianza attiva richiede invece controlli frequenti (radiologici e biopsie prostatiche) e questo aumenta notevolmente gli stati di ansia e disagio psicologico dei

pazienti.

Quanto alla “crioterapia focale” sono contento e orgoglioso di avere a disposizione questa “nuova arma” che ci ha consentito di iniziare la nostra esperienza sui primi 8 pazienti con ottimi risultati ed un follow-up oncologico a breve termine ugualmente ottimo, così come i risultati funzionali.

Sono grato alla Direzione Sanitaria, Amministrativa e Generale del Galliera che ci ha supportato, favorendo l'introduzione della nuova tecnologia e della strumentazione di ultimissima generazione. Sono fiducioso che questo ci consentirà di riconfermarci come uno dei poli di riferimento per tutte le patologie urologiche non solo in Liguria ma in tutto il Paese sottolineando ancora una volta - e non è certamente un aspetto marginale - che i trattamenti per la prostata, da quelli più tradizionali a quelli più innovativi, vengono erogati al Galliera con Servizio Sanitario Nazionale.

La crioterapia focale conferma il nostro orientamento verso una chirurgia sempre meno invasiva, in grado di controllare efficacemente anche patologie tumorali complesse, in condizioni di massima sicurezza e garantendo ai pazienti minimo disagio e salvaguardia delle funzioni vitali.

L'obiettivo che perseguiamo, giorno dopo giorno, è quello di trattare il maggior numero possibile di persone con soluzioni terapeutiche risolutive e di “restituirle” rapidamente alle proprie attività quotidiane.

** Direttore struttura complessa di Urologia Ospedale Galliera e Coordinatore Centro di Chirurgia Robotica Multidisciplinare – Genova*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

5 lug
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH



Fais: nasce così INCOLimpiadi, il primo serious game dedicato all'incontinenza

Un progetto innovativo, quasi rivoluzionario. Un modo nuovo di parlare di incontinenza. Nasce così INCOLimpiadi, il primo serious game dedicato all'incontinenza presentato da FAIS - Federazione delle Associazioni Incontinenti e Stomizzati - in collaborazione con Helaglobe.

Il progetto nasce dalla consapevolezza di quanto sia importante informare e sensibilizzare l'opinione pubblica su temi di salute spesso trascurati e oggetto di pregiudizio, come l'incontinenza. Di questa patologia, infatti, si parla ancora troppo poco, a causa del forte stigma sociale che colpisce chi ne soffre. I numeri parlano chiaro, come ha evidenziato il dottor **Marzio Zullo** del Campus Bio-Medico di Roma: in Italia sono oltre 7 milioni le persone incontinenti. Il 57% non ne parla in famiglia e solo il 25% lo fa con un professionista.

“Sperimentare è la parola d'ordine della FAIS, quella che negli anni ha guidato la comunicazione e la sensibilizzazione verso temi delicati e talvolta scomodi. Per la prima volta si parla di incontinenza con un gioco e tutti sono chiamati a interagire.

INCOLimpiadi nasce in occasione delle Olimpiadi di Parigi, ma vogliamo essere ambiziosi e stiamo già pensando di ampliare il pacchetto gioco agli sport invernali, così da puntare alle Olimpiadi di Milano Cortina 2026” ha affermato **Pier Raffaele Spena**, presidente della FAIS.

“In Helaglobe, crediamo fermamente che il coinvolgimento del paziente attraverso la co-creazione e l'ascolto attivo sia la chiave per una migliore presa in carico. È così che nasce INCOLimpiadi, un progetto innovativo che trasforma l'informazione sull'incontinenza in un'esperienza di gioco coinvolgente. Il nostro obiettivo è stato quello di creare un'esperienza che non solo educi, ma renda i partecipanti protagonisti del loro percorso di apprendimento. INCOLimpiadi non è solo un gioco, è un gioco serio, un passo avanti verso un approccio più empatico e partecipativo, per un'informazione accessibile e interattiva per tutti” ha dichiarato **Davide Cafiero**, CEO di Helaglobe.

E di approccio partecipativo ha parlato anche **Vincenzo Falabella**, presidente della FISH, Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap: “Per la FISH l'engagement significa innanzitutto impegno civile e culturale su ogni tema legato alla disabilità, un impegno da sostenere attivando o rinnovando nuove energie nel mondo che alla FISH fa riferimento, ma anche al di fuori di esso. Per farlo abbiamo bisogno di partecipazione, nel senso di far sentire costantemente la presenza viva delle proprie iniziative, anche e soprattutto a livello locale, e di comunicazione ovvero dell'importanza di comunicare quello che si fa in modo ampio e trasparente, con l'utilizzo dei canali e dei termini giusti”.

È sul legame tra sport e disabilità la riflessione di **Sandrino Porru**, presidente Federale FISPE, Federazione Italiana Sport Paralimpici e Sperimentali: “Sono felice di salutare le INCOLimpiadi, una nuova sfida nelle frontiere delle abilità dell'essere umano. Una delle



frasi iconiche della FISPEs è 'If you have a body, you are our athlete'. Questo vuole comunicare che tutti possiamo fare sport e che l'averne un corpo esprime la bellezza della propria unicità, nell'aspetto e nelle gesta. Son sicuro che anche questi giochi saranno uno straordinario evento sportivo che ci sorprenderà per le molteplici e singolari abilità degli atleti, insegnandoci che la bellezza di ciascuno sta nella propria irripetibile unicità, tesoro inestimabile e imprescindibile per la crescita personale e sociale".

Un progetto che ha trovato il plauso della Ministra per la Disabilità, **Alessandra Locatelli**: "Quella di INCOLimpiadi credo sia un'idea straordinaria, capace di eliminare le barriere culturali, i pregiudizi e i preconcetti che ruotano intorno all'incontinenza.

Un'idea che mette a confronto diverse realtà e che crea interesse al tema. La vita di ogni persona è dignitosa se passa attraverso il benessere della salute ma se tiene conto anche della dimensione sociale, ricreativa, relazionale, affettiva e perché no sportiva".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NODI DELLA SANITÀ

Negli ospedali scatta il sudoku delle ferie

Dal policlinico Tor Vergata all'Umberto I passando per il Grassi e il San Camillo è iniziato il rebus delle sostituzioni estive

Pur di non ridurre i servizi, aziende pronte a prendere medici neolaureati e specializzandi e a pagare 25,50 euro l'ora gli infermieri

ANTONIO SBRAGA

••• L'arrivo delle agognate vacanze estive rischia di far collassare alcuni ambulatori e reparti in 7 aziende laziali dagli organici già carenti. E per evitare di chiudere "per ferie" alcuni servizi, si fa sempre più ricorso a prestazioni aggiuntive a gettoni orari, esternalizzazioni, prestiti fra aziende e somministrazione di operatori in affitto.

Al policlinico Tor Vergata (Ptv) pur di «scongiurare la chiusura dei servizi e mantenere in essere le attività sanitarie nel periodo estivo, in cui già la pianificazione delle ferie riduce notoriamente il contingente di personale in forza», si stanno ingaggiando per 3 mesi infermieri «a 25,55 euro l'ora, di cui 1,65 euro di margine all'agenzia interinale». Anche perché c'è una «carenza di personale infermieristico in tutto il PTV», che ha dovuto pren-

dere atto della «indisponibilità di graduatorie utili in tutta la Regione».

Pure al San Camillo-Forlanini «anche questa estate assistiamo a difficoltà oggettive nell'avere una turnazione regolare e continuano ad essere aperte unità operative "spot" scoprendo contestualmente altre unità operative già cronicamente a corto di personale - denuncia il segretario aziendale del sindacato Nursind, Raffaele Piccari - Evidentemente i 120 colleghi assunti a tempo determinato non sono sufficienti a colmare assenze a vario titolo».

Anche l'Asl Roma 3 denuncia una «grave criticità dovuta all'assenza di figure di supporto all'assistenza (ausiliari e Operatori Socio Sanitari)» e ora ricorrerà all'utilizzo «di operatori esterni» per la fornitura di personale sia a Radiologia che a Cardiologia del Grassi di Ostia. Nell'Asl Roma 2, invece, c'è «la necessità della somministrazione di personale e la sua essenzialità per garantire il perseguimento delle finalità isti-

tuzionali», e l'azienda ha indetto una procedura «per l'affidamento a un'agenzia interinale del servizio di somministrazione di personale amministrativo», con una base di gara di € 2.200.000.

Anche all'Asl Roma 6, «nonostante i concorsi banditi ed espletati, non è stato possibile giungere alla copertura dei posti vacanti e al ripristino degli organici medici».

E siccome continua la fuga dei camici bianchi, con «cessazioni a vario titolo di medici non preventivate», l'Asl dei Castelli avverte che «potrebbe profilarsi il rischio concreto, qualora non si reclutassero nuove unità mediche, di dover arrivare a ridurre l'offerta del servizio sanitario». Ma per evitare nuove esternalizzazioni (com'è già avvenuto con l'ingaggio dei pediatri di una cooperativa) «per coprire i turni mancanti», l'Asl ha lanciato una manifestazione d'interesse per l'assunzione a tempo determinato «consentendo la partecipazione anche ai

medici iscritti all'ultimo e penultimo anno della scuola di specializzazione e a medici in possesso del solo diploma di Laurea».

All'Umberto I, «date le oggettive difficoltà di garantire l'erogazione dei servizi sanitari connessi alle attività del Punto nascita», il Policlinico ha siglato una convenzione per il prestito di ginecologi dall'Asl Roma 3.

Mentre al San Giovanni-Addolorata «per sopprimere alla grave carenza di medici» l'azienda ha «l'esigenza di attivare prestazioni aggiuntive per la Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, di Urgenza ed Oncologica».



I NODI DELLA SANITÀ

Camici bianchi in fuga La spedizione dei mille

*Tanti sono i medici che in quasi dieci anni
hanno lasciato la Capitale e la sua provincia
per andare a lavorare all'estero
Più di 400 solo dall'inizio dell'anno*

ANTONIO SBRAGA

••• Una nuova "spedizione dei mille" ma al posto della camicia rossa hanno il camice bianco. La fuga all'estero dei medici romani sta assumendo le dimensioni di un vero e proprio esodo: sono ben 1.032 quelli andati a lavorare oltreconfine negli ultimi 9 anni e mezzo. Però quasi la metà (410) è espatriata negli ultimi sei mesi, con una fuga dei cervelli media di 2,2 al giorno nel 2024. Pari al 116% in più dell'intero 2023, quando il numero delle partenze s'è fermato a 194. Ma l'escalation dei medici con la valigetta in mano quest'anno è diventata inarrestabile: «dal primo gennaio al 30 giugno 2024 il numero di attestati di onorabilità professionale (good standing) richiesti dai medici andati fuori dall'Italia sono 410, di cui 340 concessi dal Ministero della Salute per le destinazioni all'interno dell'Unione europea e 70 dall'Ordine per le parten-

ze al di fuori dell'Ue», quantifica l'Ordine dei medici di Roma e provincia. Un numero che si avvicina alla somma degli espatri di tutto l'ultimo quadriennio (443 certificati rilasciati complessivamente dal 2020 al 2023). Mentre la cifra è superiore, invece, rispetto al numero degli expat del quinquennio precedente, quando sono stati complessivamente 179 i medici emigrati dal 2015 al 2019. «Non si è mai registrato un esodo così elevato», commenta il presidente dell'Ordine dei medici di Roma e provincia, Antonio Magi - è stato molto forte nei primi 4 mesi dell'anno e più contenuto tra maggio e giugno. I più anziani vanno nei paesi arabi, ingaggiati per non lunghi periodi da veri e propri cacciatori di teste, che spesso offrono anche le spese per vitto e alloggio. I più giovani, i trentenni, preferiscono invece i paesi europei». Anche perché nel resto d'Europa la remunerazio-

ne annuale arriva a raddoppiare in Francia (132.760), diventa a 3 cifre più rotonde nel Regno Unito (155.767) e Germania (166.989), triplica in Danimarca (178.252) e Irlanda (197.465) e sfonda il tetto quadruplicando in Olanda (255.208). Per questo motivo i medici con la valigia lasciano il belpaese, che risulta terzultimo per remunerazione annuale (61.130 dollari) dopo Grecia e Portogallo. «Però in Italia i medici europei non vengono a lavorare, anche perché qui vige ancora il reato dell'errore medico, ormai cancellato in tutta Europa, tranne che in Italia e Polonia, e non lascia lavorare tranquillamente», spiega Magi. «Però, dopo aver toccato il fondo, in prospettiva la situazione non potrà che migliorare. L'importante è togliere i tetti di spesa e fare

i concorsi». E a proposito di "cervelli in fuga" da Roma, il coordinamento delle associazioni Consulta Italiana della Salute, Realtà Sanitaria, Realtà Medica e Donne in Sanità «appresa la dichiarazione del presidente Rocca sulla necessità di un aumento del 30% ai dirigenti apicali, ritiene necessario che tale aumento sia da estendere a tutte le categorie che operano nel Lazio per arginare la fuga del personale dalle strutture pubbliche». Allo stesso tempo, l'associazione, dopo aver appreso dell'utilizzo di medici stranieri in alcune Rsa accreditate (un cittadino dell'Equador e di un Indiano) ha reso noto di aver dato mandato ai suoi legali per esaminare gli atti di "assunzioni in deroga". © RIPRODUZIONE RISERVATA

«Consulta della salute»

«Nel Lazio dottori stranieri che non conoscono la lingua italiana. Vigileremo sui casi»



Ospedale San Giacomo, rinascita più vicina: «Alla Asl entro il 2025»

► Il presidente della Regione, Francesco Rocca, annuncia il ritorno della struttura del centro nella disponibilità della Roma 1 «che lo ripristinerà in tempi brevi»

IL FOCUS

Il piano per la riapertura dell'Ospedale San Giacomo fa passi in avanti: il prossimo anno tornerà nelle mani della Asl Roma 1 che lo ripristinerà nel più breve tempo possibile. E, come voleva il cardinale Anton Maria Salviati nel suo lascito, tornerà sì un ospedale, ma sarà "di comunità". Una determina della direzione Demanio e Patrimonio della Regione pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione dello scorso 25 giugno, di fatto attua quanto definito dalla giunta regionale per la sua riapertura e approva lo schema dell'atto notarile tra l'amministrazione e l'Invimit sgr (a cui, nel frattempo, era stata data la titolarità dello stabile) per far tornare nella disponibilità della Asl l'intero stabile nel cuore del Tridente. E ieri il presidente della Regione Francesco Rocca al dibattito «Politiche sociali e assistenza sanitaria: ripartiamo dalle persone» a Piazza Vittorio ha precisato che già quest'anno tornerà formalmente nelle mani della Regione e nell'anno del Giubileo passerà alla Asl Roma 1.

I TEMPI

Un cronoprogramma è praticamente già delineato: nel 2025 i tecnici dell'azienda sanitaria faranno un sopralluogo decisivo. Infatti, si dovrà vedere stanza per stanza come sono le reali condizioni del vecchio ospedale e che, dal 2008, è rimasto chiuso. Quindi, sarà necessario capire se ci sono stati danni dettati dal tempo e dal mancato uso e poi bisognerà valutare come riconvertire la

struttura, soprattutto per ospitare i macchinari di ultima generazione utili per trattamenti e diagnosi e poi per garantire un alto standard di qualità. Per rimettere in sesto il San Giacomo la Regione, nel suo piano di investimenti per l'edilizia sanitaria, ha messo sul piatto 125 milioni di euro.

LA VICENDA

«La Corte di Cassazione aveva già messo la sua parola sulla chiusura del San Giacomo, una vicenda gestita male dall'inizio. Ma non sarà una struttura per acuti. Avrà 170 posti letto e sarà un ospedale di comunità, che a Roma non ci sono. Una struttura restituita ai cittadini romani con questa finalità», aveva detto il presidente della Regione, Francesco Rocca, durante un suo incontro con la stampa lo scorso anno. E dalle parole si passa ai fatti formali, necessari per garantire di poter ripristinare. Era il 2008 quando per ripianare i conti del Lazio, il commissario ad acta della sanità e presidente della Regione, Piero Marrazzo, pensò alla dismissione di due ospedali romani, il Forlanini e il San Giacomo. Alla mezzanotte del 7 ottobre di quell'anno chiuse definitivamente il pronto soccorso a via del Corso e si diede lo stop ai nuovi ricoveri. Nella sua ultima giornata di attività il reparto di emergenza aveva registrato una settantina di accessi. Da allora i casi sono stati smistati negli altri ospedali più vicini, come il Santo Spirito, l'Umberto I e il San Giovanni. Prima della chiusura erano in forza al San Giacomo circa 700 persone tra medici, infermieri e perso-

nale amministrativo. Gli ultimi reparti a chiudere furono quelli di nefrologia-dialisi, oncematologia, medicina e ortopedia. Da allora fioccarono esposti e manifestazioni di comitati e associazioni, oltre che degli eredi del cardinal Salviati che si sono opposti duramente allo stop delle attività per rispettare il vincolo che pose nel Cinquecento proprio il cardinale che allora voleva fare in mo-

do che la struttura rimanesse nei secoli destinata interamente alla cura dei malati. Di ospedale "di prossimità" si parlava già nel 2009, con un progetto che prevedeva una residenza sanitaria per anziani con quaranta posti letto, un centro di servizio psichiatrico e una residenza per disabili, con un centro Alzheimer. Ma di tempo ne è passato molto per capire come fare per restituire dignità alle vecchie sale dell'Ospedale San Giacomo in Augusta, detto degli Incurabili, lungo via Canova, il terzo ospedale costruito nella Roma medievale dopo il Santo Spirito e il San Salvatore (poi diventato il San Giovanni). Lì la storia racconta come ci fu ricoverato anche Camillo de Lellis, poi diventato santo, per una piaga alla



gamba. Nel Cinquecento arrivò la ricostruzione del cardinale Anton Maria Salviati, lavori che vennero promossi anche da San Camillo che lì ebbe la sua prima assunzione come garzone e poi ne diventò il "maestro di casa" e l'economista. Secoli di ospedale e di cura dei malati romani, dunque. Fino al 2008 quando chiuse i battenti. Da quel momento si sono aperte le porte delle aule della giustizia, arrivate fino alla Cassazione, quando i Supremi giudici hanno accolto l'istanza presentata dagli eredi bocciando di fatto il piano della rete ospedaliera che privava il Centro del San Giacomo. Da allora i residenti del Cen-

tro si sono rivolti ai vicini Santo Spirito e San Giovanni, oltre che al Fatebenefratelli, oggi rinato grazie a un'intesa con il Gemelli e diventato l'Isola Tiberina-Gemelli Isola.

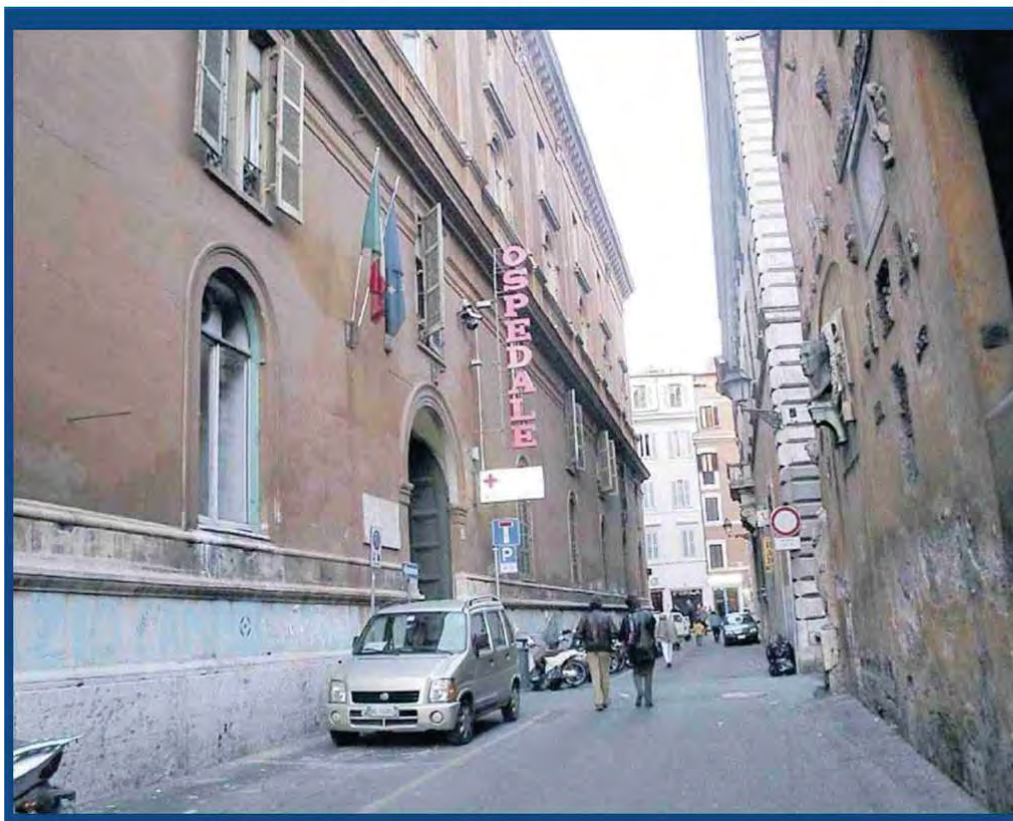
Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SARÀ RIMESSO
IN FUNZIONE
COME ASSISTENZA
DI PROSSIMITÀ
CON 170
POSTI LETTO**

**L'IMMOBILE
CINQUECENTESCO È
STATO OGGETTO
DI UN LUNGO
CONTENZIOSO CON GLI
EREDI SALVIATI**



L'ingresso dello storico ospedale San Giacomo, alle spalle di via del Corso nel centro storico di Roma. Dopo le lunghe vicissitudini giudiziarie degli anni scorsi, la struttura tornerà ad essere un nosocomio, onorando le disposizioni testamentarie del cardinal Salviati. Ma sarà un "ospedale di prossimità", una struttura di degenza a metà fra un ospedale e un ricovero domiciliare (foto TOIATI)



A metà fra una clinica e una casa: ecco cos'è il nosocomio di comunità

IL PROGRAMMA

Sono strutture di ricovero che, di fatto, hanno una funzione intermedia tra il trattamento a domicilio e il ricovero ospedaliero. Una parte dell'assistenza sanitaria regionale si poggerà sugli ospedali di comunità anche con l'obiettivo di ridurre gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri negli ospedali ordinari. Trentacinque ospedali di comunità, nel Lazio, sono previsti grazie alla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, con un investimento totale che ammonta a più di 86 milioni di euro.

COSA SONO

Saranno strutture di degenza breve rivolte a quei pazienti che o hanno un episodio acuto o hanno una riacutizzazione di alcune patologie croniche (come l'aggravamento di malattie che, grazie ad alcuni specifici trattamenti, sono riusciti per lungo tempo a controllare a casa). L'obiettivo dell'ospedale di comunità è anche quello di compensare le mancanze che ci sarebbero con una cura a domicilio: per esempio, nei casi di assenza di un caregiver. Per accederci i pazienti dovranno avere diagnosi o prognosi già definite o un programma di trattamento che è stato stilato e condiviso con il paziente e con la famiglia. L'ingresso avverrà su prescrizione del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta o dallo specialista, ma anche direttamente dal pronto soccorso. In questo caso si potrà optare per un ricovero nella struttura che è a una minore intensità di cura, ma giusta per permettere la prosecuzione del trattamento. Le camere di degenza saranno singole o doppie, dotate

anche di una poltrona comfort per ogni posto letto proprio per consentire ad eventuali caregiver di poter passare tempo con i pazienti.

DOVE SARANNO

Tra le strutture che ospiteranno ospedali di comunità a Roma ci sono il Nuovo Regina Margherita, la VI clinica medica dell'Umberto I, la sede di via del Frantoio, una struttura via dell'Arco di Travertino, il palazzo del San Michele in via del Casale de Merode. E poi la Torre 8 del Policlinico di Tor Vergata, il Padiglione Monaldi del San Camillo. Nel resto della provincia diventeranno ospedali di comunità gli edifici ex Cotral di Monterotondo e Palestrina, le strutture della Asl di via del Mare a Pomezia, via Aldobrandini ad Anzio, ma anche quelle di via Olivella ad Albano, via Grandi a Genzano, viale 24 maggio a Marino. Le strutture degli ospedali di comunità rientrano a pieno titolo nella nuova rete di assistenza sanitaria che prevede anche un'altra realtà, quella delle case di comunità, il cui obiettivo è potenziare l'assistenza socio-sanitaria, dove vengono presi in carico i pazienti e attivati i percorsi di cura. Nelle "case" si punterà all'integrazione tra i diversi sistemi sanitari (gli ospedali, gli ambulatori, le diverse strutture di controllo per la tutela della salute) garantendo anche lo sviluppo della telemedicina. Grazie agli strumenti di monitoraggio a distanza, infatti, sempre più pazienti vengono controllati per le loro patologie croniche direttamente al domicilio.

G.Val.

**IL FUTURO
DELL'ASSISTENZA
PREVEDE
ANCHE
UN POTENZIAMENTO
DELLA TELEMEDICINA**

I NUMERI

125

I milioni di euro della Regione per recuperare il San Giacomo

9

Gli ospedali di comunità finanziati a Roma con i fondi del Pnrr

35

Gli ospedali di comunità finanziati nel Lazio con il Pnrr

86

I fondi del Pnrr previsti per gli ospedali di comunità nel Lazio



5 lug
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Ospedale senza dolore: al Gemelli inaugurati due percorsi dedicati al dolore cronico e alle cefalee

La gestione del dolore nel terzo millennio deve essere multimodale e affidata a équipe multidisciplinari. È a questi criteri che si ispirano i percorsi clinico assistenziali varati presso la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs. Il primo, coordinato da Catello Vollono della UOC di Neurofisiopatologia, è dedicato al percorso diagnostico-terapeutico delle cefalee; l'altro, dedicato alle terapie integrate per la gestione del dolore, è coordinato da Marco Rossi, associato di Anestesiologia, Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore UOC Anestesia delle Chirurgie Specialistiche e Terapia del Dolore. Al loro interno non solo farmaci ma anche agopuntura, gestione psicologica e nutrizionale, interventi fisico-riabilitativi per cancellare il dolore dalla vita delle persone.



“Questi percorsi nascono per rispondere a due grossi bisogni di salute – commenta il professor **Antonio Giulio De Belvis**, professore associato di Igiene generale e applicata, Università Cattolica del Sacro Cuore -. I due percorsi adesso andranno implementati, attraverso una serie di azioni per ottimizzare la presa in carico dei nostri pazienti (ogni anno dimettiamo più di 95 mila persone). Uno dei modi per far vivere i percorsi è quello di monitorarli, cioè definire una serie di metriche, che ci indicano se stiamo agendo secondo gli standard che prefissati”. Per **Andrea Cambieri**, direttore sanitario di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs e coordinatore del Comitato Ospedale Senza Dolore “sono percorsi che vanno a toccare specifiche aree di sofferenza dei pazienti, che devono essere gestiti non solo attraverso un trattamento farmacologico ma anche in termini di assistenza e di presa in carico allargata”.

“Il dolore – spiega il professor **Marco Rossi** - è un’esperienza multimodale e multidimensionale. Le terapie farmacologiche possono fallire anche nella metà dei casi, per problemi legati alla scarsa aderenza alle terapie, ma anche alla scarsa risposta nel tempo, agli effetti indesiderati dei farmaci e ad un mancato coordinamento tra il prescrittore ospedaliero e il medico che, sul territorio, deve garantire la continuità terapeutica, soprattutto per quanto riguarda l’impiego degli oppiacei”. Di qui la necessità di mettere in campo una serie di approcci integrati, che hanno lo scopo di creare un sinergismo tra le diverse realtà intorno al paziente.

Il percorso per la gestione delle cefalee ruota intorno all’ambulatorio dedicato e prevede anche il ricorso all’agopuntura, il trattamento psicologico del dolore da cefalea/nevralgia del trigemino, il ruolo dell’esercizio fisico nel trattamento di questo dolore, il supporto nutrizionale, la chirurgia maxillo-facciale e anche in questo caso aspetti bioetici. “Le cefalee – spiega il dottor **Catello Vollono** - sono disturbi neurologici

dolorosi ricorrenti o cronici, molto diffusi nella popolazione generale; si stima infatti che fino al 90% delle persone presenterà un attacco di dolore al capo almeno una volta nella vita e circa il 20% delle persone soffre di emicrania, la forma di cefalea primaria con maggiore impatto sulla qualità di vita. Le cefalee ai primissimi posti tra le patologie disabilitanti nella popolazione al di sotto dei 50 anni. Una prima distinzione nella classificazione delle cefalee – spiega il dottor Vollono - riguarda le forme dovute ad una causa organica o ad una malattia identificabile, le cosiddette cefalee secondarie, nelle quali la cefalea rappresenti un sintomo; si parla invece di cefalee primarie per le forme che si configurino come sindrome a sé stante, in quanto non legate ad altre malattie”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'infarto e la paura per Ruini «Il cardinale ora è cosciente»

Roma, il ricovero in prognosi riservata al Gemelli. «Ma non ha perso il buonumore»

ROMA «Il cardinale? È cosciente, anzi coscientissimo e non ha neanche perso il buonumore. E non vede l'ora di tornare a casa». Don Nunzio Currao, cappellano del Gemelli, ha incontrato Camillo Ruini, 93 anni, ricoverato da sabato sera nell'ospedale cattolico di Roma nord per un infarto che lo ha colpito nella sua casa all'interno del Seminario minore, a pochi metri dalle mura del Vaticano.

L'allarme era scattato nel tardo pomeriggio di sabato, per un forte dolore al torace, fino alla decisione in serata di recarsi in ospedale. «In considerazione dell'età avanzata e della storia clinica del cardinale, si è reso necessario il ricovero in terapia intensiva cardiologica. Il paziente è vigile e collaborante e le sue condizioni cliniche sono stabili, mentre prosegue il monitoraggio e le terapie», recitava un comunicato della direzione dell'ospedale ieri pomeriggio.

Ma aveva fatto preoccupare la notizia della richiesta di preghiera per la sua salute che il vescovo Guerino Di Tora, emerito di Roma e ex direttore della Caritas capitolina, aveva fatto circolare su alcune chat.

Al momento il cardinale resta in prognosi riservata, come è normale in casi come il suo e con un'età così avanzata: per avere un quadro più preciso della sua situazione clinica saranno decisive le prossime 48-72 ore. Sarebbe stato sottoposto a una coronarografia d'urgenza, ma ora è «asintomatico» e con una buona risposta alle terapie. Il precedente ricovero di Ruini, almeno secondo le notizie ufficiali, risale a 9 anni fa, nel 2015 quando fu sottoposto a accertamenti importanti all'istituto di ricerca Neuromed di Pozzilli, vicino a Isernia.

Ruini, nato a Sassuolo il 19 febbraio 1931, è stato ordinato sacerdote l'8 dicembre 1954 e si è laureato in Filosofia e Teo-

logia alla Pontificia Università Gregoriana di Roma. È stato nominato vescovo ausiliare per le diocesi di Reggio Emilia e Guastalla da papa Wojtyła nel 1983. Da lì è arrivato a guidare la Chiesa italiana dal 1991 al 2007, come presidente della Cei, la Conferenza episcopale nazionale, durante i pontificati di Giovanni Paolo II e Benedetto XVI, di cui è stato Vicario per Roma, anche nella difficile fase che ha portato alla fine della Democrazia cristiana. Anni complicati, con il cardinale in prima fila in tante battaglie, politiche e non solo, a partire dalla difesa dei «principi non negoziabili», della famiglia tradizionale e della vita dal concepimento alla morte naturale. Ma anche della sua decisione, e l'invito ai vescovi e ai cattolici, di puntare sull'astensione ai referendum sulla fecondazione assistita, nel giugno 2005, che risultarono poi invalidati perché non fu raggiunto il

quorum. Il suo motto di quel periodo era «meglio essere criticati che irrilevanti». In una recente intervista a Francesco Verderami sul *Corriere della Sera* ha raccontato di quando l'allora presidente della Repubblica Oscar Luigi Scalfaro gli aveva chiesto di «aiutarlo a far cadere il governo Berlusconi», ottenendone una risposta negativa.

Oggi, come ha spiegato in un'altra recente intervista a 7, il settimanale del *Corriere*, trascorre il suo tempo fra la lettura e la preghiera. E preparandosi alla morte: «Oddio, un po' di paura ce l'ho. Chiunque ce l'ha. Ma in me prevale la fiducia nella misericordia di Dio», ha raccontato ad Antonio Polito.

Ester Palma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● Dopo un malore nella sua residenza all'interno del Seminario minore, sull'Aurelia, vicino alle Mura Vaticane, il cardinale Camillo Ruini è stato ricoverato al policlinico Gemelli

● L'alto prelato sarebbe stato colpito da un infarto. E per via dell'età avanzata si è preferito il ricovero in terapia intensiva, anche se i medici parlano di «un paziente vigile e collaborante» e le sue condizioni sono al momento stabili



La parola

L'ORDINAZIONE

Camillo Ruini, nato a Sassuolo nel 1931, è stato ordinato prete quasi settant'anni fa, l'8 dicembre del 1954. È diventato vescovo ausiliare ventinove anni dopo, nel 1983, di Reggio Emilia e Guastalla, nominato da Giovanni Paolo II. Ha guidato la Cei dal 1991 al 2007, la più lunga presidenza della storia per la Conferenza episcopale italiana, dialogando spesso con il mondo politico italiano



Prelato

Il cardinale Camillo Ruini, 93 anni, è stato presidente della Conferenza episcopale italiana dal 1991 al 2007

