

**29 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





la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

Lunedì 29 luglio 2024

Oggi con Affari&Finanza

€1,70

GUERRA IN MEDIO ORIENTE

“Puniremo Hezbollah”

Riunione del gabinetto di sicurezza con Netanyahu: via libera all'attacco in Libano dopo la strage a Majdal Shams. Gli Usa chiedono moderazione. Allerta della missione Unifil. A Roma nulla di fatto al vertice dei capi degli O07 su Gaza

Erdogan minaccia l'invasione di Israele. La replica: finirai come Saddam

dal nostro inviato Paolo Brera

TEL AVIV - Le bare bianche, la processione dei funerali a Majdal Shams, il dolore del paese, l'ira dei drusi. Sono le ore nere del lutto per la strage nel campo di calcio nel Golan. Sono ore difficili in tutto il Medio Oriente. a pagina 2 servizi di Raineri, Tercatini e Tonacci alle pagine 2 e 4

L'analisi

Se si allarga il conflitto

di Gianluca Di Feo

L' unica certezza è che la campagna libanese sarà dura. Ieri pomeriggio il governo israeliano ha discusso per ore il piano d'azione, valutando i rischi di ogni mossa. Tutti sono d'accordo sull'urgenza di dare una lezione brutale a Hezbollah - come spiega a Repubblica un alto ufficiale - ma c'è una spaccatura su tempi e modi dell'operazione. Di fatto, la strategia di durezza sul fronte Nord finora ha fallito: la falange di incursioni scagliate dal 7 ottobre per eliminare una serie di comandanti e fermare il flusso di armi iraniane non ha intimidito il movimento sciita.

a pagina 3



I funerali. Dodici bare bianche per le vittime della strage del campo di calcio a Majdal Shams, nel Golan

L'inchiesta

Risorse già stanziate e progetti riciclati il bluff dietro il Piano Mattei

di Giovanna Vitale a pagina 6

Politica

Meloni a Ursula "Contro di noi solo fake news"

di Antonio Frascilla



a pagina 7

L'editoriale

I doveri della sinistra

di Ezio Mauro

Eppure si muove. In quello che doveva essere l'anno d'oro di Giorgia Meloni, sicura dopo la vittoria in Italia di poter sconvolgere gli equilibri di Bruxelles e Strasburgo guidando l'onda promessa della destra europea, la sinistra torna in campo superando veti, gelosie, preclusioni e ideologie per contendere il Paese al sovranismo nazionalista.

a pagina 23

Mappe

Italiani e Chiesa il grande freddo

di Ilvo Diamanti a pagina 12

L'interessato

Silvia Costa "Totti mi disse: non mollare mai"

di Concetto Vecchio



a pagina 11

Advertisement for octopus energy with logo and text: "L'energia non deve costarci il mondo... Energia pulita a prezzi accessibili octopusenergy.it"

Advertisement for Olimpiadi featuring Martinenghi with text: "Martinenghi sblocca il primo oro nei 100 rana"

Advertisement for Il giallo featuring a car with text: "Dna sconosciuto si riapre la caccia al mostro di Firenze"



CORRIERE DELLA SERA

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

DEL LUNEDÌ

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

BOTTEGA  
www.bottegaspa.com



La Grotta del Romito  
L'inclusione celebrata  
già nell'arte rupestre  
di Gian Antonio Stella  
alle pagine 26 e 27



Marina di Pescoluse  
Sulla spiaggia  
più cara d'Italia  
di Elvira Serra  
a pagina 23

BOTTEGA

Partiti e stabilità  
UN'EUROPA  
PIÙ SOLIDA  
IN TRE PASSI  
di Maurizio Ferrera

Durante la campagna elettorale, Ursula von der Leyen si era detta pronta a collaborare con chiunque fosse a favore dell'Europa, dello Stato di diritto e dell'Ucraina. Il primo impegno era essenzialmente rivolto a escludere le forze eurosceettiche. Dopo la rielezione di von der Leyen, è opportuno riflettere più a fondo sul significato del termine «pro-Europa». Essendo stata votata a maggioranza, la neo-presidente indossa di fatto un doppio cappello: da un lato, quello di guida della istituzione che deve tutelare l'interesse generale dell'Unione (la Commissione), dall'altro, quello di leader politico impegnato a realizzare un programma con venature «partigiane», in linea con gli orientamenti dei partiti che l'hanno eletta. In una certa misura, si tratta della medesima duplicità che contraddistingue la posizione dei leader di governo nazionali. Ma a Bruxelles c'è il rischio che si crei un corto-circuito, tale per cui essere «anti-Ursula» voglia dire ipso facto essere «anti-europeo». L'equivoco è comprensibile, visto che in passato i gruppi al di fuori della maggioranza volevano smantellare l'Unione e stavano all'opposizione anche a livello nazionale. La situazione è però progressivamente cambiata. L'idea di uscire dalla Ue è stata accantonata, l'obiettivo è ora quello di trasformare l'Unione dall'interno. Molti partiti nati come anti-Ue oggi guidano o partecipano ai governi dei loro Paesi.

continua a pagina 24

La strage nel Golan Netanyahu convoca il Gabinetto di sicurezza. Folla ai funerali dei ragazzini  
Raid in Libano, alta tensione  
Israele, si teme un'escalation. Piano per proteggere la missione italiana



di Imarisio, Piccardi, Vanetti

GIANNELLI  
L'ULTIMA SCENA  
PRIMA CHE IL CALO FRANCESCE I CONTI...  
PERCHÉ NON DICI AL PADRE DI FAR PUVÈRE?? COSÌ MACRON IMPARRA!

Il direttore della cerimonia ora si scusa  
di Stefano Montefiori  
Il giorno delle spiegazioni. Dopo le critiche alla cerimonia che ha aperto i Giochi il direttore artistico dell'evento Thomas Jolly precisò: «Non c'era la volontà di denigrare nessuno. Abbiamo celebrato i valori della nostra Repubblica. L'idea era una grande festa pagana».

alle pagine 8 e 9 Bonarrigo

di Marta Serafini

Israele prepara la risposta dopo la strage sul campo di calcio che ha provocato la morte di dodici ragazzini colpiti dai razzi di Hezbollah. Il premier Benjamin Netanyahu, rientrato dalla missione negli Stati Uniti, ha subito riunito il Gabinetto di sicurezza. Si teme un'escalation del conflitto con un allargamento anche al fronte nord in Libano. I ministri Tajani e Crosetto studiano come proteggere gli italiani presenti nell'area.

da pagina 2 a pagina 5 M. Caprara, Olimpio

LO SCRITTORE, LA RIFLESSIONE  
Perché Harris può vincere

di Richard Ford

Oggi, negli Stati Uniti, i democratici di ogni colore si stringono attorno a Kamala Harris come quel malcapitato, smarrito nel deserto, che di colpo spunta da una duna e avvista un'oasi.

continua a pagina 14



continua a pagina 19

BINO, PRESIDENTE DEI NOTAI  
«Figli, donazioni ed eredità: c'è una strada per evitare guai»

di Beppe Severgnini

Intervistata da questo giornale, l'avvocata Annamaria Bernardini de Pace sconsiglia le donazioni ai figli e afferma: «Non siete obbligati a lasciare un'eredità, potete spendere tutto». Abbiamo chiesto a Giulio Bino — notaio in Torino, presidente del Consiglio Nazionale del Notariato, protagonista di un podcast di successo del «Corriere», L'ultima volontà — se è rimasto sorpreso. «Be', sì. Un suggerimento così drastico non può essere universale. Certo, esistono situazioni familiari particolari, il testatore magari nutre un sentimento di rivalsa. Ma quando una famiglia la si è voluta, costruita e difesa, no. I ragionamenti da fare sono altri».

La lettera a von der Leyen «Fake news contro il governo»  
Meloni: intese con la Cina  
E attacca sull'informazione

di Monica Guerzoni

Rilanciare il patto con Pechino. Un'intesa che parte da energia e auto. La premier Giorgia Meloni, in missione in Cina, auspica «relazioni commerciali sempre più eque e vantaggiose». Oggi l'incontro con il presidente Xi Jinping. Capitolo informazione: in una lettera a Ursula von der Leyen, la premier Meloni, torna sulla Relazione della Ue sullo Stato di diritto e si dice sorpresa di come il contenuto del documento sia stato «di sotto a uso politico da alcuni nel tentativo di attaccare il governo italiano».

alle pagine 6, 7 e 11 Baccaro Querezz

I DUELLANTI DEL M5S

Conte-Grillo, fine partita

di Emanuele Buzzi e Tommaso Labate

«Sancita l'indipendenza da Grillo»: l'ala centiana dei Cinque Stelle esulta. Le reazioni dopo lo scambio di lettere tra l'ex premier e Beppe Grillo.

a pagina 12

POTREBBE CORRERE CON IL SUO MOVIMENTO

Capolista, l'idea di Toti

di Paola Di Caro

Cominciano le manovre per le Regionali in Liguria. Spunta l'ipotesi di Giovanni Toti in corsa con la sua lista.

a pagina 13 Caccia

FEDERICO RAMPINI  
IL NUOVO IMPERO ARABO  
Come cambia il Medio Oriente e quale ruolo avrà nel nostro futuro  
in libreria e in edicola  
CORRIERE DELLA SERA  
SOLFERINO

«Mi vergogno, ma temevo per Filippo»  
Il padre di Turetta e il colloquio in carcere: pensava al suicidio, vi prego di capirmi

di Roberta Merlin

Chiedo scusa per quello che ho detto a mio figlio. Non ho mai pensato che i femminicidi fossero una cosa normale. Ho fatto quelle affermazioni solo perché temevo che Filippo si suicidasse. Nicola, il padre di Filippo Turetta, spiega le sue frasi dopo il colloquio con il figlio. «È ora che scoppia una nuova ondata di odio e indignazione nei confronti di noi genitori».

alle pagine 16 e 17 Pasqualetto

I FAMILIARI DI RITA GRANATA



Rita Granata, morta a 27 anni

Mori per il pirata positivo alla droga  
«Più severità»

di Fabio Postiglione

Rita travolta e uccisa da un'auto: il pirata della strada positivo a droga e alcol. I genitori della ragazza: «È un assassino, cambiate la legge».

a pagina 16

BADANTI? COLF?  
GALLAS GROUP  
Troviamo NOI la badante giusta per TE!  
www.gallasgroup.it



**AFFARI DI FAMIGLIA**

**“Io, mio fratello Jovanotti e quei sabati in discoteca”**

PIERO NEGRI



Anna Cherubini abitava appena fuori le mura vaticane, con i genitori Mario e Viola, i fratelli Umberto, Bernardo e Lorenzo, che sarebbe diventato Jovanotti. - PAGINE 28 E 29

**LA CULTURA**

**Il secolo di Goti Bauer la passione della memoria**

DANIELA PADOAN



Goti Bauer, inflessibile testimone di Auschwitz-Birkenau, compie cento anni. «Il mio Virgilio», secondo Liliana Segre. Era stata lei a convincerla, già sessantenne, a rientrare nel buio feroce della memoria. - PAGINE 24 E 27



# LA STAMPA



LUNEDÌ 29 LUGLIO 2024

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N. 208 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)



LA RABBIA AI FUNERALI NEL GOLAN. ERDOGAN EVOCA L'INVASIONE DI GERUSALEMME. ROMA, ST'ALLO AL VERTICE SU GAZA

## Raid di Israele, Libano sotto attacco

Dopo la strage di ragazzi scatta la risposta: primi lanci di razzi. La Casa Bianca: evitare l'escalation

**L'ANALISI**

**Il dottor Stranamore è un'altra volta tra noi**

MASSIMO CACCIARI

Chiediamocelo, dunque, poiché forse di fronte all'immagine della catastrofe potremmo cercare con più forza di evitarla: non è stato che un intervallo la non-guerra, o la guerra per interposta persona, tra i grandi spazi imperiali dopo la Seconda guerra mondiale? Nient'altro che una pausa per meglio prendere la rincorsa in vista della definitiva "sistemazione" del pianeta? Perfino l'atomica, questa formidabile arma di equilibrio, sembra aver perduto il suo potere deterrente. Forse in qualche laboratorio del grande complesso militare-industriale si è scoperto il modo di usarla senza finire tutti sottoterra. Così come si inventano virus e poi vaccini, armi batteriologiche e poi antidoti. Soltanto la Tecnica, è noto, può, secondo la vox populi, risolvere i problemi che essa stessa genera. Se siamo certi di poter usare la Bomba senza che ci colpisca come un bombarang perché non usarla? - PAGINA 6



**DEL GATTO, MAGRÌ, SIMONI**



Dalla stanza della Kirya - sede della Difesa - in cui si è riunito il gabinetto di sicurezza israeliano sono uscite foto e video. - PAGINE 2 E 3

**IL RETROSCENA**

**Beirut trema: "No a un'altra guerra"**

GIORDANO STABILE

In Libano la chiamano la "sindrome di luglio" e ricompare all'inizio di ogni estate. La paura di una replica della guerra del 2006, quando l'esercito israeliano lanciò le sue colonne corazzate verso il fiume Litani, mentre i cacciabombardieri con la



Stella di David distruggevano l'aeroporto di Beirut e sventrarono l'immenso quartiere scita di Dahieh. Dopo diciotto anni, ci siamo più vicini che mai. Da quasi nove mesi i villaggi del Sud subiscono ogni giorno rapresaglie. MOSCATELLI, TRINCHE - PAGINE 4 E 5

**LA POLITICA**

**Meloni a Pechino piano auto-elettrica. E scrive a Ursula "Fake news su di noi"**

CARRATELLI, OLIVO



L'operazione ricucitura di Giorgia Meloni inizia in Cina alla Grande sala del Popolo. GORIA, LAMPERTI, MONTICELLI - PAGINE 8-11

**IL COMMENTO**

**Se la premier prova a uscire dall'angolo**

FLAVIA PERINA

Vola su uno scambio di lettere lo sforzo di Giorgia Meloni di riappacificarsi con Ursula von der Leyen dopo il pubblico "No" alla sua rielezione. La premier scrive alla Presidente per lamentarsi dei media e degli "attacchi maldestri e pretestuosi" seguiti alla Relazione Ue sullo stato di diritto, ma quel che conta sarà la replica: Ursula concederà solidarietà e assicurazioni? - PAGINA 25

**IL SONDAGGIO**

**L'inflazione spaventa un italiano su due**

ALESSANDRA GHISLERI

La stagnazione economica e le crisi politiche e sociali hanno portato ad un senso di immobilismo e di mancanza di prospettive, facendo sentire le persone intrappolate, ognuna nella propria realtà. Le complicate esperienze della vita quotidiana di molti italiani hanno accentuato la sensazione di isolamento. - PAGINA 19

**IL CONFLITTO**

**Così il furore cieco travolge la speranza**

DOMENICO QUIRICO

Va alla pena mentre il vortice mediorientale, che è carne e sangue, ancor più si ingarbuglia e si è a un passo dal nuovo fronte libanese di guerra, ricordare l'irruente e incostante Solimano della "Gerusalemme" del Tasso. Lo paralizzava la visione intima della tragedia in cui è irretito, ma è incapace egualmente di cedere ai suggerimenti della ragione. - PAGINA 25

MARTINENGI TRIUNFA NEI 100 RANA. DELUSIONE ERRIGO. JUDO, POLEMICA SULL'ARBITRO

### Acqua d'oro

BRISORIO, CECCARELLI, COTTO, DESANTU, DIMARINO, SEMERARO, ZONGA

**LA POLEMICA**

**Quella dissacrazione dell'anima Occidentale**



VITO MANCUSO

La dissacrazione della tradizione cristiana e occidentale compiuta dall'inaugurazione di Parigi rappresenta la fatuità di questi nostri poveri giorni. - PAGINA 13

**L'INCHIESTA**

**"Niente contratti né sindacati" Viaggio tra gli schiavi del riso**

NICCOLÒ ZANCAN

«Viva! Andate via!». Il caposquadra è sudato fradicio. Tiene in mano il falceetto che serve per mondarle le piante, grida e avanza nel giorno che avvampa. Dietro di lui, qualcuno ride. Qualcun altro resta immobile, con l'aria spaventata. «Lavoro, lavoro. Soltanto lavoro», dice. Caldo infernale nelle risaie piemontesi. - PAGINA 21



**IL REPORTAGE**

**Le baby vedette dello spaccio nell'eterna suburra romana**

IRENE FAMÀ



Un lungo fischio. «Le guardie, le guardie!». Se hai dodici anni e vivi nelle piazze di spaccio della Capitale sai bene come funziona. Sai bene che non appena vedi una divisa devi iniziare a correre e a fischiare. Devi lanciare il segnale: «Ci sono gli sbirri». E così fa il ragazzo dal taglio sbarazzino. - PAGINE 22 E 23

**ellegi**

- LAVORI IN CARTONGESSO
- PARETI E CONTROSOFFITTI
- ISOLAMENTO A CAPPOTTO
- TINTEGGIATURE

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA CASA

335 6647944 [ellegi69@libero.it](mailto:ellegi69@libero.it)



**ASSISTENZA MEDICA 24 ORE SU 24**  
VILLA MAFALDA  
Via Monte delle Gioie, 5 Roma

# Il Messaggero

**ASSISTENZA MEDICA 24 ORE SU 24**  
VILLA MAFALDA  
Via Monte delle Gioie, 5 Roma

€ 1,40\* ANNO 140\* N° 291  
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DC 58 M

NAZIONALE



Lunedì 29 Luglio 2024 • S. Marta

IL MERIDIANO

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

**Arriva la diffida**  
**La prof che insulta come un marine**  
**«Soffrire vi fa bene»**  
Zaniboni a pag. 15



**Roma, sbarca Soulé**  
**Mossa di Baroni:**  
**Zaccagni capitano e la Lazio si spacca**  
Abbate nello Sport



**L'intervista**  
**Harvey Keitel**  
**«Sogno Buddha e Pulp Fiction 2»**  
Satta a pag. 21



**L'editoriale**  
**RELIGIONE**  
**E POLITICA**  
**UN MIX**  
**PERICOLOSO**

Alessandro Campi

La fine, salutata con gioia, dell'epoca delle lotte mortali tra ideologie, che in sé erano caricature o deformazioni in chiave secolare delle confessioni tradizionali, ha lasciato il posto a una stagione storica nella quale sono le religioni vere e proprie a essere utilizzate sempre più spesso come pretesto o giustificazione dei conflitti armati, degli scontri politici e delle contese valoriali che attraversano il mondo da un capo all'altro.

Ammettiamolo, non è stato un gran progresso, se la speranza era, venuti meno i sistemi di pensiero e di simboli e soprattutto nel Novecento sono stati la causa di così tante violenze e barbarie, di costruire un mondo finalmente libero dai dogmi e dal fanatismo, dunque più pacifico e tollerante. Soprattutto, come è stato possibile, perché è successo?

Di questo passaggio, impreveduto e non sempre foriero di buone notizie, dalle ideologie modellate su schemi fideistici all'uso strumentale dei simboli e i valori religiosi abbiamo avuto, negli ultimi tre decenni, esempi numerosi e tragici. È una lettura oscurantista, intransigente e settaria del Corano quella che ha alimentato il terrorismo islamista contro un Occidente giudicato dai suoi nemici, al tempo stesso, decadente, prevaricatore e (religiosamente parlando) miscredente. È per legittimare i suoi disegni espansionistici e la sua visione autocratica del potere che Putin ha scelto di presentarsi, dentro e fuori la Russia, come il difensore (...)

Continua a pag. 16

## Meloni in Cina, apertura ai big dell'auto elettrica

► Firmati 6 accordi  
«Vogliamo equità nei nostri rapporti»

dal nostro inviato  
Francesco Malfetano

Non sarà più la via della Settima per Italia e Cina la «strada da fare insieme», secondo Meloni, può essere ancora «molta» con «determinazione e rispetto».

A pag. 4

**Il dossier sulla libertà di informazione**

La lettera di Giorgia a von der Leyen  
«Fake news contro il mio governo»

Andrea Bulleri

Giorgia Meloni scrive a Ursula von der Leyen per rispedire al mittente le accuse di



uno stato di diritto a rischio e allontanare l'idea di una tv pubblica viziata da una «eccessiva ingerenza politica» della maggioranza.

A pag. 7

**Le polemiche sulla cerimonia queer**

Il mea culpa mondiale della Francia  
«Non volevamo offendere nessuno»

PARIGI Paris 2024 tenta di smorzare le polemiche sull'Ultima Cena in versione drag queen: «Non volevamo mancare di rispetto, se qualcuno si è sentito offeso ci scusiamo».

Pierantozzi a pag. 11

**LO SPECCHIO DEFORMATO DI MACRON**

Mario Ajello a pag. 16

## Libano, piano per gli italiani

► Rischio escalation dopo la strage di Hezbollah: pronta l'evacuazione in 48 ore per i 1.200 militari schierati al confine con Israele. La Difesa all'Onu: la missione prosegue, ma servono altre regole

ROMA Sale la tensione in Medio Oriente. E per i militari italiani al confine tra Libano e Israele ora c'è un piano di evacuazione in 48 ore.

Evangelisti, Miglionico e Vita a pag. 2 e 3

**Giochi, primo sigillo. Argento e bronzo nella pistola. Scherma, boxe e judo: Coni contro gli arbitri**



**Martinenghi rana d'oro**

Nicolò Martinenghi nella finale dei 100 metri a rana

Arcobelli, Martucci, Nicolielo e Sorrentino nello Sport

**Il caso intercettazioni**  
**Il papà di Turetta**  
**«Scusate, temevo che si suicidasse»**



PADOVA Nicola Turetta chiede perdono per le sue affermazioni durante il colloquio con il figlio in carcere. «Chiedo scusa. Non ho mai pensato che i femminicidi fossero una cosa normale. Erano frasi senza senso, temevo che Filippo si suicidasse». Ed è polemica sull'uso delle intercettazioni. Il ministro Crotto: «La conversazione Turetta non doveva finire sui giornali».

Munaro a pag. 12

**Il fenomeno**  
**L'amore truffato,**  
**raggiri da record**  
**«Più 118% in 3 anni»**

ROMA Sembrava un grande amore invece era una truffa! Online capita sempre più spesso. Addirittura, negli ultimi tre anni, le frodi romantiche sono aumentate del 118 per cento. I farabutti utilizzano profili falsi sui social media o app di incontri per adescare persone vulnerabili istituendo con loro relazioni virtuali per poi ottenere ingenti somme di denaro con la scusa di un'improvvisa emergenza. Una pratica particolarmente odiosa e in continua crescita.

Carbone a pag. 13

**SPADA**  
spadaroma.com

**Il Segno di LUCA**  
**SEGNO DEL CANCRO**  
**VOGLIA DI SORPRESE**

La congiunzione della Luna con Urano ti rende un po' elettrico e irrequieto. Desideri iniziare la settimana inserendo nella tua giornata un ingrediente diverso, qualcosa di inaspettato e che possa sorprendere anche te, come se volessi assaporare fin da subito un assaggio di futuro. È una configurazione che ti rende determinato in campo economico, metti in valore le tue sicurezze per investire nel modo più redditizio nel presente.

**MANTRA DEL GIORNO**  
Io e me dobbiamo trovare un accordo.

L'oroscopo a pag. 18

\* Tardano con altri quotidiani non disponibili separatamente: conio provincia di Mestre-Laguna, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica € 1,40, il Venerdì, il Messaggero - Corriere dello Sport-Stadio € 1,40, il Museo, il Messaggero - Primo Piano € 1,50, nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport-Stadio € 1,50.



# Sanità pubblica Il Pnrr non basta: il Mezzogiorno pagherà caro l'invecchiamento della popolazione

NICOLA BORZI

Il Pnrr rischia di essere un pannicello caldo per il Servizio sanitario nazionale. Lo attesta un recente studio di quattro economisti della Banca d'Italia, dedicato all'"Assistenza sanitaria territoriale in Italia: un confronto tra macroaree". Il rapporto analizza i cambiamenti dal 2010 al 2019 nelle diverse aree del Paese sia sul fronte dell'offerta che della domanda di salute. Durante quel periodo gli squilibri si sono ridotti ma non abbastanza per colmare i divari iniziali. A questi squilibri cerca ora di porre rimedio il Piano nazionale di ripresa e resilienza. Ma al di là degli obiettivi del Piano, già rimodulato sia sul fronte della costruzione delle Case che degli Ospedali della Comunità, nonostante una ripartizione delle risorse che privilegia (almeno nominalmente) il Mezzogiorno, sul futuro della sanità meridionale, secondo gli economisti, pesa soprattutto l'invecchiamento della popolazione che, come l'emigrazione, colpisce di più il Sud.

**SONO DUE**, secondo la ricerca, i fronti più a rischio. Il primo è l'Assistenza domiciliare integrata: il Piano prevede che entro il 2026 questa coinvolga il 10% della popolazione con più di 65 anni, pari a 842 mila persone assistite in più. Ma in base alle proiezioni demografiche dell'Istat, nel 2026, quando finirà l'attuazione del Pnrr, gli ultra65enni saranno 14,7 milioni, il 25,2% del totale, e cresceranno ancora negli anni suc-

cessivi. Dunque, scrivono gli economisti di Banca d'Italia, si pone l'interrogativo se il Sistema sanitario nazionale riuscirà a sostenere nel tempo un obiettivo del 10% di anziani assistiti a domicilio o se invece rimarrà invariata la capacità di rispondere a una domanda di circa 1,5 milioni di individui, riducendo la percentuale di anziani assistiti in Adi. Oltretutto l'invecchiamento della popolazione sarà più intenso nel Mezzogiorno, enfatizzando ulteriormente le sue difficoltà preesistenti in questo tipo di assistenza.

Il secondo è quello del personale. Allo sviluppo dell'assistenza territoriale serve personale, soprattutto medici di medicina generale e infermieri. Già nel 2022 l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) stimava tra i 20 e i 27 mila gli infermieri aggiuntivi necessari alle misure del Pnrr. Cifre che nel 2023 l'Ufficio parlamentare di bilancio ha ritenuto sottostimate. Ma nel quinquennio 2022-27 si pensioneranno dal Ssn oltre 21 mila infermieri, 29 mila medici ospedalieri e quasi 12 mila medici di medicina generale. Secondo l'analisi dei tecnici di Banca d'Italia il fenomeno colpirà di più proprio al Sud, dove le Regioni sono quasi tutte soggette a piani di rientro e blocco del turnover. A fine 2021 i medici del Ssn con più di 60 anni erano il 37% nel Mezzogiorno, il 27% al Centro e "solo" il 20% al Nord. In Italia nel 2020 c'erano 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti, a fronte degli 8,8 della media europea, di 18 in Svizzera, 13 in Germania e 11 in Francia. Infine, secondo l'Ocse, nel triennio 2019-21 sarebbero emigrati all'estero dall'Italia quasi 1.200 medici l'anno, solo parzialmente compensati da colleghi provenienti dall'estero.

Su questo quadro già allarmante per il Sud ora peserà anche la riforma dell'autonomia differenziata. Alla faccia del diritto costituzionale di tutti i cittadini alla salute.



## In lista d'attesa

La scorsa settimana, la Camera ha dato il via libera al decreto liste d'attesa. Il testo, in seconda lettura a Montecitorio, è stato approvato con 171 sì e 122 no, diventando legge. Uno dei suoi obiettivi è riportare nel recinto delle cure del Ssn gli utenti che hanno abbandonato il pubblico nel corso degli ultimi tre anni. Numeri di **Marco Carlotti**.

### 60 per cento

La percentuale di italiani che, secondo un'indagine effettuata da Agenas, si affida alle prestazioni erogate nel pubblico o nel privato accreditato. Tuttavia, gli utenti che si rivolgono alla sanità a pagamento – tra privato puro e intramoenia – è pari al 35 per cento. Un esempio sono gli esami di laboratorio, dove dal 2021 a oggi gli utenti che si sono rivolti alla struttura pubblica sono quasi dimezzati.



### 13

Le regioni che hanno attivato Cup unici con un solo numero di telefono, che i cittadini possono chiamare per prenotare una visita. La montagna delle liste d'attesa, dunque, è sovente causata da poca e caotica organizzazione, oltre a un'inefficiente burocrazia.

### 4,5 milioni

Il numero effettivo di italiani che, per le ragioni sopracitate, rinunciano a curarsi. Oltre al fenomeno liste d'attesa, esploso soprattutto dopo la pandemia, le ragioni sono in parte anche di natura economica. Il dato conferma una generale disparità in termini di accesso alle prestazioni, specie per le attività di prevenzione – e in minor misura sulle visite specialistiche. Alle prime accede il 60 per cento delle persone con reddito medio-alto, contro il 39 per cento di quelle a reddito basso. Alle seconde, invece, accede il 72 per cento di chi ha un reddito

mensile familiare superiore ai 2.500 euro, e il 68 per cento di chi ha un reddito familiare basso.



### 15 per cento

La tassazione prevista nel decreto per gli operatori sanitari, a fronte dell'orario di lavoro aggiuntivo, indipendentemente da reddito percepito. L'aumento del carico lavorativo, in termini orari, sarebbe finalizzato proprio a ridurre le lunghe attese.

### 6,4 per cento

L'incidenza della spesa sanitaria sul pil per il 2024. In termini assoluti, la spesa è pari a 138.776 milioni di euro, ovvero 7.657 milioni in più rispetto al 2023, quando l'incidenza era del 6,3 per cento.



## LA SANITÀ

## Cognetti: “Liste d’attesa Italia fuori dall’Europa”

Il professor Francesco Cognetti, oltre ad essere un grande oncologo, presiede il Forum che riunisce 75 società scientifiche. A nome delle quali lancia un appello a tutte le forze politiche. - PAGINA 21

PAOLO RUSSO



L'INTERVISTA

## Francesco Cognetti

# “Il decreto liste è un pannicello caldo Sanità, serve una riforma di alto profilo”

L'oncologo: “Si agisce sui sintomi, non sulle cause. Zero risorse, solo tagli e medici in fuga perché pagati poco. Per accorciare le attese si rischia di andare da una struttura all'altra e di perdere la gestione del malato”

PAOLORUSSO  
ROMA

Il professor Francesco Cognetti, oltre ad essere un grande oncologo, presiede il Forum che riunisce 75 società scientifiche. A nome delle quali lancia un appello a tutte le forze politiche, affinché raggiungano «un accordo di alto profilo, superando divisioni ideologiche per arrivare a una riforma che salvi il principio solidaristico e universalistico del nostro Servizio sanitario nazionale».

**Il decreto Schillaci è «fuffa» come dicono le opposizioni?**  
«Diciamo che è un pannicello caldo che non risolve il problema perché agisce sui sintomi e non sulle cause. Che sono la carenza cronica di personale, il definanziamento e la carenza di posti letto. A proposito di questi, a furia di tagli siamo scesi al 22° posto in Europa. Certo, bisogna anche dire che sono oltre 10 anni che si definanzia e si taglia sulla sanità.

Ma adesso è l'ora di agire. E non mi sembra un buon approccio quello di colpevolizzare i medici e il personale, prevedendo straordinari e lavoro nei festivi o la sera, come se le liste d'attesa dipendesse dal fatto che lavorano poco».

**Non si diceva infatti che già ora medici e infermieri sono sotto stress per i turni massacranti?**

«È verissimo, pertanto è tutto da dimostrare che possano fare altra attività extra. Qui si parla di mesi di attesa per una tac o una risonanza anche per patologie importanti. Incentivare il personale può servire ma solo questo non basta».

**Cosa servirebbe?**

«Tanto per cominciare bisogna puntare a risolvere i problemi nell'ospedale. Le parlo da oncologo: se un paziente ricoverato si trova a dover eseguire poi un esame qui e uno là, anche a parecchi chilometri di distanza per accorciare i tempi di attesa, i professionisti che lo

hanno in cura non riescono più a discutere il suo caso, si perde la gestione multidisciplinare del malato. Che invece è fondamentale quando si devono affrontare patologie come il cancro. Sarebbe stato meglio che, anziché varare in un provvedimento tanti interventi spot, si fosse intervenuti finanziando le singole strutture accreditate a lavorare con il Servizio sanitario nazionale con standard di qualità adeguati».

**E invece?**

«E invece di risorse ce ne sono zero, salvo che per mettere su una struttura ministeriale ad-





detta al monitoraggio delle liste di attesa che stili la lista dei buoni e dei cattivi, mentre altri soldi sono destinati al privato convenzionato. Al quale non sono contrario, ma che può avere un ruolo di supporto al pubblico, non sostituirlo».

**Il decreto però prevede di abrogare per il 2025 il tetto di spesa sul personale. Questo le andrà bene, no?**

«Premesso che bisognerà vedere poi dove sono i soldi per assumere, ma oggi assistiamo a una fuga di medici e infermieri dal nostro Ssn e per arginarla c'è solo un sistema: pagare i nostri professionisti come li pagano nei Paesi che celi rubano».

**In tutto questo non teme che l'autonomia differenziata finisca per aggravare in sanità il divario tra Nord e Sud?**

«Il decentramento regionale in sanità esiste già e ha creato disparità territoriali. Ora si dice che per il Ssn non cambierà nulla perché i Lep nel sistema sanitario ci sono già e sono i Lea, i Livelli essenziali di assistenza che – in attesa di quelli nuovi – hanno compiuto 26 anni. Premesso che solo 13 regioni oggi riescono a garantire almeno il 60% dei Lea e nessuna di queste è al Sud. Ma ora il finanziamento delle Regioni avviene in base alla popolazione residente pesata sul numero di anziani mentre un domani bisognerà finanziare appunto i Lea/Lep. Qualcuno mi dovrà spiegare come sarà possibile applicarli in modo uniforme nel Paese se già oggi ci sono forti disparità e se domani le regioni più ricche potranno trattene-

re parte dell'avanzo fiscale. Ossia la quota che i cittadini versano in più allo Stato rispetto a quanto poi la regione spende».

**Come società scientifiche avete denunciato i tagli che stanno mettendo a rischio la sanità. Ma siamo messi così male?**

«In soli due anni, dal 2020 al 2022, abbiamo perso 32.500 posti letto, mentre c'è un esodo di medici verso l'estero o le coop di gettonisti che aggrava carenze di organico frutto di una mancata programmazione universitaria e di un prolungato blocco delle assunzioni. Per non parlare dei finanziamenti, che dal 2012 al 2021 in Italia sono saliti solo del 6,4% contro il 33% della Germania, il 24,7 della Francia, il 21,2 della Spagna».

**Quindi cosa consiglia?**

«Allinearci ai migliori standard europei per strutture, organizzazione e personale. Abbiamo fatto un Piano oncologico che è un trattato di 150 pagine, mentre la Commissione Ue in 23 pagine definisce le linee operative per migliorare cure e assistenza. Per la sanità è l'ora della concretezza non delle promesse». —

“

Il decentramento c'è già ed ha creato disparità territoriali già oggi al Sud sono in affanno

Fra il 2020 e il 2022 abbiamo già perso 32.500 posti letto e c'è l'esodo di medici all'estero

In dieci anni il finanziamento della sanità in Germania è cresciuto del 33% in Italia del 6,4



**L'oncologo Francesco Cognetti coordina un Forum di 75 società scientifiche**





# Liste d'attesa, infermieri sotto utilizzati «Persa occasione, il decreto farà flop»

**Le misure anti-code**  
Non sono stati ampliati i  
compiti degli operatori: dagli  
esami alle visite di controllo

**Marzio Bartoloni**

«Il decreto sulle liste d'attesa sarà un flop. Purtroppo si è persa una occasione per valorizzare le professioni sanitarie non mediche che potevano davvero dare un aiuto importante per abbattere le lunghe code a cui sono costretti i cittadini per curarsi. E poi mancano nuovi finanziamenti, a parte quelli per detassare gli straordinari che però per gli infermieri rischiano di tramutarsi in una beffa visto che se lavoreranno di più perderanno lo sgravio contributivo». Non fa troppi giri di parole il segretario del sindacato degli infermieri Nursind, Andrea Bottega, per manifestare tutta la sua delusione per le misure sulle liste d'attesa appena diventate legge che sembrano dimenticarsi di infermieri e altre professioni sanitarie che oggi sono circa la metà delle oltre 600mila persone che lavorano ogni giorno nel Servizio sanitario.

Una delusione aggravata anche dalle trattative sul nuovo contratto

del comparto 2022-2024 - lunedì un nuovo round all'Aran - che procedono lentamente anche per colpa del solito nodo: le poche risorse a disposizione per gli aumenti.

Ma prima del contratto c'è il decreto con cui il Governo vuole dichiarare guerra alle liste d'attesa, l'emergenza numero uno della sanità: «Poteva essere l'occasione per ampliare competenze e autonomia di queste profes-

sioni venendo così incontro alle esigenze dei cittadini e sgravando le liste d'attesa», spiega Bottega che cita almeno due esempi concreti. Il primo riguarda i tecnici di radiologia che si occupano di eseguire tac e risonanze tra gli esami dove si aspetta di più: «Si poteva consentire a questo personale che è laureato di svolgere in autonomia questi esami anche senza la presenza del medico che avrebbe sempre comunque il compito di refertare». «Ma - aggiunge il segretario del Nursind - si potrebbe chiedere anche agli infermieri di effettuare a esempio le visite di controllo dopo le dimissioni ospedaliere o prescrivere piccole medicazioni, tutte attività che libererebbero tempo al medico da dedicare sempre al recupero delle prestazioni». Per Bottega però anche le misure positive che sono dentro il decreto potrebbero rivelarsi un boomerang: è il caso della detassazione al 15% degli straordinari del personale sanitario finito nel mirino anche della Fede-

razione degli ordini delle professioni infermieristiche: «Oggi un infermiere guadagna 32mila euro lordi e può contare sull'esonero contributivo; stando sotto i 2692 euro di imponibile contributivo si ha infatti uno sgravio fino a 160 euro. Nel momento in cui aumento lo stipendio anche di un euro e quindi anche l'imponibile contributivo si perdono i 160 euro e quindi gli straordinari sono già meno convenienti», avverte il sindacalista che sottolinea come la versione del decreto entrata in consiglio dei ministri prevedeva che quegli importi degli

straordinari non andassero nel montante previdenziale, «ma poi nel testo diventato legge quel comma è inspiegabilmente sparito». Preoccupa infine il meccanismo per superare dal 2025 il tetto di spesa sulle assunzioni: «Quanto tempo ci vorrà per individuare i nuovi fabbisogni standard? Si chiede il segretario del Nursind per una professione come quella dell'infermiere dove si assiste già a una vera e propria fuga. E su questo non aiuta il nuovo contratto di cui si parlerà già lunedì all'Aran che rischia di portare aumenti di soli circa 140 euro lordi, di cui oltre la metà già assorbiti dalla vacanza contrattuale. «Mi auguro che in manovra si trovino nuovi fondi, a esempio per potenziare l'indennità di specificità che oggi vale solo 72 euro», conclude Bottega.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Per il Nursind  
anche la  
detassazione  
degli  
straordinari  
può rivelarsi  
un boomerang**





# SANITÀ: PER RIDURRE LE ATTESE SI RIPARTA DALLA RIFORMA BINDI

GIANDOMENICO CRAPIS

**L**e liste di attesa, insieme alla crisi dei Pronto soccorso, sono il problema più serio della sanità pubblica, presa d'assalto da un sistema privato che vede aprirsi davanti a sé spazi di profitto insperati, come dimostrano i sempre maggiori investimenti nel settore di molte aziende provenienti da altri comparti. Il recente decreto del governo è destinato a fallire, come denunciano le Regioni, perché privo delle risorse economiche e di personale necessarie; senza considerare che il medesimo decreto finirebbe per alimentare la crescita della sanità privata utilizzata per coprire le carenze di quella pubblica, alimentando così un circolo vizioso ai danni di quest'ultima.

Se vogliamo davvero affrontare una questione che mina alla radice il diritto del cittadino, qualsiasi sia il suo livello economico, di ricevere uguale assistenza per la sua salute, allora bisogna avere il coraggio di reintrodurre la norma che alla fine degli anni '90 l'allora ministro Rosi Bindi varò per disciplinare l'attività dei medici del Ssn, norma che, vietando il *part time*, imponeva il tempo pieno ai sanitari penal l'impossibilità di fare carriera nel sistema pubblico: il che significò l'aumento della disponibilità in corsia e ne-

gli ambulatori specialistici di migliaia di unità di personale che non si voleva precludere la strada per un primariato o un posto apicale. La norma, oltre ad avere una ricaduta positiva perché aumentava le prestazioni offerte, visto che crescevano le ore di lavoro del personale sanitario dentro gli ospedali, aveva anche una sua ragione, diciamo, etica: uno Stato che spendeva molti soldi per provvedere alla formazione dei medici era giusto che fissasse dei paletti affinché questi restassero nello stesso ambito pubblico che li aveva formati anziché migrare verso il privato e alimentare la concorrenza.

Dunque basterebbe avere il coraggio di riproporre quella norma, che Berlusconi si preoccupò di cancellare non appena ritornato al governo nei primi anni duemila, per fare un deciso passo in avanti in direzione del taglio delle liste di attesa: più medici a tempo pieno, più ore di disponibilità nei reparti e negli ambulatori, più visite ed esami espletati. Si badi bene che non ci sarebbe nulla di illiberale o di coercitivo in un fatto del genere, anche perché i medici verrebbero lasciati liberi di optare, se lo volessero, per il *part time*, per poi magari andare a lavorare fuori dal sistema pubblico: verrebbe solo loro inibita la possibilità di assumere ruoli dirigenziali apicali. Ma

tanto basterebbe ad incoraggiare verso il tempo pieno tanti medici, per lo più giovani, non

disposti a rinunciare alla carriera.

Ritengo che questo sia un aspetto essenziale della battaglia sulla sanità che le sinistre ed il campo progressista hanno giustamente intrapreso, un aspetto però che nelle rivendicazioni delle opposizioni non è ancora stato sottolineato abbastanza. Ed invece

occorrerebbe battere con forza su questo tasto, che poi è quello dell'incompatibilità, oltre che su quello delle risorse economiche insufficienti, se si vuole invertire la tendenza che vede la sanità pubblica languire tra carenze di personale e di soldi. Non è facile perché nel frattempo si è andati proprio nella direzione contraria, ma è necessario, se si vogliono cambiare le cose. Se si vuole davvero salvare il Ssn e scongiurare la deriva americana verso una sanità per soli ricchi, vergognosamente classista. L'opposizione deve avere il coraggio di riprendere e riproporre una delle (non moltissime) cose buone fatte nel passato, scontando, perché

no, qualche possibile mal di pancia dentro il proprio schieramento, investito e confuso anch'esso dalla micidiale sbornia liberista che ha ubriacato la politica dell'ultimo quarto di secolo.

**SALUTE PART TIME RIDOTTO, INCOMPATIBILE CON GLI SCATTI DI CARRIERA: PIÙ PERSONALE E MENO FILE**





## L'intervista

# “Premi a chi lavora in prima linea per arginare la fuga dei medici”

Filippo Anelli, presidente Fnomceo  
“Contro la carenza di personale garantire stipendi in linea con gli standard europei”

### di Michele Bocci

Filippo Anelli, medico di famiglia, è il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici.

### I sindacati parlano di carenza di medici, in che situazione è la sanità italiana?

«I numeri sono abbastanza emblematici. Dicono che in Italia ci sono 4,1-4,3 medici per mille abitanti. Che significa che siamo un po' sopra la media europea, di 3,8. Ma non è questo il dato da osservare».

### E qual è allora?

«Per formare un medico ci vogliono sei anni di corso di laurea e almeno quattro di specializzazione. Dieci anni fa, per consentire un idoneo accesso a Medicina, che rispondesse alle esigenze legate alla curva pensionistica di oggi, si sarebbe dovuto tenere meglio conto delle uscite. E invece la programmazione è stata sbagliata e quest'anno ci troviamo con quindicimila pensionamenti, mentre nel 2014 a Medicina si sono iscritti solo in diecimila. E quella sottostima si accompagnava ad una programmazione di seimila borse universitarie di specializzazione all'anno. Quindi si è creato un imbuto. Questo sistema, nel tempo, ha fatto accumulare ben ventimila medici laureati ma non specializzati. Per fortuna, negli ultimi anni la politica ci ha ascoltato e le borse di specializzazione sono salite a diciottomila, così come sono aumentati i posti nelle facoltà di Medicina».

### Qual è la prospettiva per i prossimi anni?

«Oggi abbiamo un numero di borse di specializzazione

sufficiente. E tra dieci anni andranno in pensione seimila dottori mentre a Medicina quest'anno entreranno in ventimila, quindi in troppi. Ci sarà un problema di rispetto dei giovani, le prospettive attuali saranno ribaltate. Nel giro di due o tre anni risolveremo le carenze di personale, e dopo ci saranno esuberanti, sempre più gravi. Ma se consenti ai giovani di fare un percorso formativo complesso come quello di Medicina, non puoi dare loro certezza di disoccupazione».

### Avere più medici assicura che le specialità meno richieste superino la crisi attuale?

«Non è detto. Credo che si debba impostare un sistema premiale già durante il percorso di laurea, che poi va portato avanti anche una volta entrati nel mondo del lavoro. Chi si occupa di pronto soccorso ha un carico di lavoro più pesante di un dermatologo, quindi deve avere un riconoscimento. Il discorso vale anche per altre specialità in crisi nel mondo del servizio pubblico come la Chirurgia generale, o la Radioterapia».

### I posti letto in Italia sono abbastanza?

«Ne abbiamo 3,1 per mille abitanti. In Europa la media è più alta e da noi, nelle Regioni del Sud, si sta anche sotto i 2,7 letti per mille abitanti. Vanno aumentati. Tra l'altro, se mancano i letti si tende anche a ridurre il personale».

### E i medici di famiglia?

«Scontano un errore di fondo, perché sono organizzati su un modello dei primi del Novecento, quello del medico condotto. Si

devono ridurre i loro carichi di lavoro, non va bene che abbiano così tanti pazienti, fino a 1.800. Vanno aiutati con personale amministrativo e con la presenza sul territorio di professionisti che collaborino con loro, come gli infermieri».

### Molti medici lamentano gli stipendi troppo bassi.

«Rispetto al 2015, il salario dei medici si è ridotto in termini di potere di acquisto del 6,1 per cento. Viviamo nel contesto europeo e chi trova posti migliori all'estero se ne va. Già adesso escono a migliaia, ma la situazione peggiorerà ancora. Poi abbiamo anche il problema che – per far fronte alla carenza dei medici – dal 2012 al 2022 c'è stata una grande precarizzazione del personale, con i contratti diversi da quello a tempo indeterminato che sono aumentati del 74 per cento. Se hai bisogno di personale ma non lo paghi a sufficienza, non fai i concorsi in modo adeguato ma invece assumi i gettonisti, diventa un problema. Nel 2022 per i precari sono stati spesi ben 3,5 miliardi. Allo Stato costano di più del personale assunto».

### Cosa bisogna fare per uscire dall'impasse?

«Prima di tutto bisogna risolvere la questione economica: il governo adesso deve investire sulle professioni. Dopo il Pnrr, che ha stanziato soldi per le strutture, è il momento di





pensare ai lavoratori. Gli stipendi non si possono distaccare dalla media europea, va frenata la fuga all'estero. In secondo luogo c'è una questione di soddisfazione professionale. Si è scelto di introdurre meccanismi economicistici nel Servizio sanitario nazionale, ma oggi dobbiamo decidere se la priorità è la spesa, o sono le esigenze dei cittadini. Bisogna investire sulla Sanità, recuperare la partecipazione dei cittadini e dare maggior peso alle professioni. Vanno raggiunti obiettivi di salute, non ragionieristici. È tempo che si

diano risposte a tutto il mondo medico che è in grande sofferenza per la contrazione del personale, la messa in discussione del ruolo della professione e – appunto – la perdita del potere d'acquisto degli stipendi».



▲ **L'iniziativa di Repubblica**  
L'inchiesta sulla sanità uscita sabato

— “ —



**PRESIDENTE**  
FILIPPO ANELLI,  
67 ANNI, GUIDA  
LA FEDERAZIONE  
DEGLI ORDINI  
DEI MEDICI

*Va frenato il ricorso  
ai gettonisti. Nel  
2022 i precari ci sono  
costati 3,5 miliardi,  
più degli assunti*

● ●



L'EMERGENZA

# Mancano i medici, i pronto soccorso sono in affanno, gli infermieri fanno turni massacranti e le tecnologie sono da rinnovare Ecco come e perché il sistema sanitario sta andando in tilt

AUTORE

Michele Bocci

Q

Quando non trovano un posto per fare la risonanza in tempi accettabili, quando aspettano troppo a lungo di entrare al pronto

soccorso o non riescono a reperire qualcuno che assista un proprio caro a casa. Quando devono pagare per operarsi prima, quando fanno mille chilometri per curarsi o sono ricoverati in ospedali vecchi e scomodi. Sono molte, sempre di più, le occasioni nelle quali gli italiani vivono direttamente la crisi del sistema sanitario pubblico. Il glorioso strumento di democrazia, che dice anco-

ra la sua a livello internazionale e vanta eccellenze di altissima specialità, scricchiola e sbuffa per la fatica. Carenze di personale, difficoltà organizzative, tecnologie da rinnovare: il timore è che sia arrivato il momento della crisi definitiva, dalla quale non si tornerà più indietro. I problemi sono diversi ma ce n'è uno che per certi aspetti li genera tutti, o comunque una buona parte: la carenza di risorse. Ci vogliono soldi per migliorare l'assistenza, estenderla, recuperare gli espulsi dal sistema. Poi, certo, è anche necessario spendere bene il denaro già a disposizione, ridurre gli sprechi, organizzarsi meglio, ma intanto partire da risorse più corpose sarebbe di aiuto.

Sono anni che il sistema italiano è sottofinanziato ma ora i numeri stanno diventando preoccupanti.

La sanità è pagata prevalentemente dal Fondo sanitario nazionale, che viene suddiviso ogni anno tra le Regioni basandosi su una serie di parametri, prima di tutto la popolazione, ma anche l'età degli abitanti. Osservare solo il Fondo però non basta. Il suo valore tende infatti a salire anno dopo anno, per fronteggiare, ad esempio, l'aumento dei prezzi dei fornitori legato all'inflazione ma anche quello degli stipendi. Così, anche a livello internazionale, ci si basa sul peso percentuale della spesa sanitaria rispetto al Pil.

→ segue nella pagina successiva

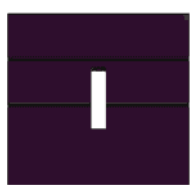
**Il rapporto spesa-pil è basso e tenderà a scendere ancora: il Mef lo ha fissato al 6,4% per il 2024. E il confronto con gli altri Stati europei è a dir poco impietoso**





# Sono anni che la Sanità è sottofinanziata ma adesso i numeri stanno diventando preoccupanti: il fondo sanitario è cresciuto ma l'aumento viene totalmente mangiato dall'incremento dei prezzi

→ segue dalla pagina precedente



In Italia il rapporto spesa-Pil è basso e tenderà a scendere nei prossimi anni, a detta dello stesso governo. Nell'ultimo Def, il Documento di economia e finanza, il Mef lo ha fissato al 6,4% per quest'anno, al 6,3% per il 2025 e il 2026 e infine al 6,2% per il 2027. Il Fondo sanitario intanto cresce da 138 miliardi di euro quest'anno a 147 nel 2027, ma appunto questo dato da solo, di solito citato da Giorgia Meloni per sottolineare che il suo governo ha investito di più degli altri, non è veritiero perché l'aumento è "mangiato" dall'incremento dei prezzi. Basta vedere cosa succede alla spesa farmaceutica, che è in continua crescita. Nel 2023 è salita del 6,5% rispetto al 2022, con un aumento assoluto di 1,4 miliardi.

In passato il rapporto Spesa-Pil ha raramente superato il 7%, salvo negli anni del Covid, quando c'erano spese extra legate alla pandemia. Prima, si andava comunque meglio di oggi. Il confronto internazionale, poi, è impietoso. Nel 2022, quando da noi il rapporto Spesa sanitaria pubblica-Pil era del 6,7%, la Germania era al 10,9%, la Francia al 10,3%, il Regno Unito al 9,3%, i Paesi Bassi all'8,6%, la Spagna al 7,3%. Sotto l'Italia, e della media dei Paesi Ocse che era del 7,1%, il Portogallo (6,7%) e la Grecia (5,1%).

## Ecco perché non si investe

Perché l'Italia non investe di più nella sanità? Per Renato Balduzzi, ministro della Salute durante il governo Monti, «c'è uno sbilancia-

mento della spesa pensionistica che non ha paragoni, nonostante le misure adottate a suo tempo dal nostro governo e dopo malamente modificate. Poi, c'è il perdurare di uno stock di evasione fiscale, anche questo sconosciuto alla gran parte degli altri Paesi. Infine, anche quando si sarebbe potuta espandere la spesa, spesso non c'è stata volontà, scelta che si può leggere in più modi. Ad esempio, si sottofinanzia il pubblico per privilegiare modelli diversi, oppure perché in un quadro di regionalismo differenziato saranno le Regioni a mettere mano al portafogli».

Beatrice Lorenzin (oggi nel Pd) è la ministra alla Salute rimasta in carica più a lungo nella storia repubblicana, cinque anni: «Si è smesso di investire nella Seconda Repubblica - dice - Si è puntato prima sulla riorganizzazione, cioè su efficienza e programmazione, e aveva senso. Con la riforma del Titolo V del 2001 c'è stata la devoluzione delle competenze sulla sanità alle Regioni ma non avevano una infrastruttura di dirigenza adeguata e sono finite commissariate. In epoca di vincoli di Maastricht l'unica spesa veramente certificata sulla quale fare tagli era quella sanitaria, così si è iniziato a spremere. Ora bisogna tornare indietro. Fare sacrifici in altri settori per finanziare la sanità».

## Il personale che manca

In Italia mancherebbero circa 20 mila medici (su 136 mila) e 65 mila infermieri (su circa 400 mila). Il problema, con i camici bianchi, interessa soprattutto alcune specialità, come il pronto soccorso, la chirurgia generale, la radioterapia

e comunque le discipline prevalentemente svolte all'interno del servizio pubblico. Si è sbagliato a programmare i posti nelle scuole di specializzazione, perché non si è tenuto conto delle esigenze del sistema sanitario. È ben nota la situazione del pronto soccorso, che quasi ovunque hanno seri problemi di organico e sono in difficoltà a rispondere alla massa di pazienti che si presentano ogni giorno. Le figure che hanno grande mercato privato, come chirurghi plastici, oculisti o ginecologi, invece non sono in sofferenza.

I fenomeni che mettono in crisi le Asl sono due. Da un lato in tanti escono dagli ospedali prima della pensione perché si spostano nel privato o all'estero, dall'altro ci sono problemi in entrata, di reclutamento dei giovani. Certe scuole di specializzazione non riescono ad assegnare tutte le borse di studio bandite. Talvolta si fermano sotto la metà. «Solo nel 2023 sono stati 3 mila i medici tra i 43 e i 55 anni che hanno lasciato il lavoro prima del tempo - spiega Pierino Di Silverio, segretario del sindacato degli ospedalieri con più iscritti, Anaa - Se ne sono andati per i carichi di lavoro, per la mancanza di sicurezza, per l'impossibilità di fare carriera». Poi ci sono posti dove i giovani non vogliono lavorare. «È il caso del pronto soccorso - dice sempre il sindacalista - Bisognerebbe contrattualizzare gli specializzandi per alzargli gli stipendi, fermi a 1.500 euro al mese, e dare





loro diritti che adesso non hanno». Da tempo il ministero alla Salute parla di aumenti di stipendio, per adesso riconosciuto solo a chi lavora nell'emergenza. «Non basta di certo - attacca Di Silverio - I medici italiani guadagnano molto meno dei colleghi europei. Per attrarre professionisti bisogna pagarli bene, intanto detassare una parte dello stipendio. Il governo deve smettere di proporre tariffe più alte per gli straordinari, come nel recente decreto sulle liste di attesa, perché va premiato il lavoro ordinario. Bisogna fare assunzioni e dare a tutti paghe più alte». Anche i medici di famiglia vivono una situazione difficile, perché i pensionati sono più numerosi degli iscritti ai tirocini.

Le carenze più critiche riguardano gli infermieri. Secondo la Corte dei conti ne mancano 65 mila. «Ma la situazione è destinata a diventare più grave con i prossimi pensionamenti: dal 2023 al 2033 saranno 113.000, ai quali si aggiungeranno uscite per altri motivi». A parlare è Barbara Mangiacavalli, presidente di Fnopi, la Federazione degli Ordini degli infermieri: «Le carenze nascono dal blocco delle assunzioni, ma anche dalla mancanza di attrattività della professione. Oggi un infermiere trova subito lavoro, ma poi resta bloccato per 30 anni senza crescita di carriera. È prioritario intervenire sull'incremento della base contrattuale e serve lavorare per migliorare il percorso universitario». Mangiacavalli dice che «l'impegno degli infermieri è spesso al limite anche della tolleranza fisica conseguenza del ricorso agli straordinari». Bisognerebbe puntare sempre di più sull'assistenza territoriale. «Senza infermieri non c'è futuro».

### **Ospedali e attrezzature vecchie**

Non è solo una questione di persone ma anche di spazi. L'Italia deve rinnovare il suo parco ospedali. Le strutture sanitarie sono vecchie. Solo il 18% dei luoghi di cura ha meno di 34 anni. Sono ben più numerosi gli ospedali tirati su prima della fine della Seconda guerra mondiale, cioè fino al 1945. Sul totale nazionale sono il 27%. Proprio sulle strutture c'è stato alcuni mesi fa uno scontro tra Regioni e governo. Il Piano nazionale complementare (Pnc) al Pnrr prevedeva infatti lo stanziamento di 1,2 miliardi di euro per interventi la messa in sicurezza antincendio e anti-

sismica degli ospedali. Soldi in molti casi già impegnati dalle amministrazioni locali. Il ministro al Pnrr Raffaele Fitto ha fatto sapere che quel denaro non è più disponibile e ha invitato le Regioni a reperire le risorse nel cosiddetto "Articolo 20", un fondo per interventi su immobili sanitari. «Sono tagli», hanno denunciato le Regioni, sostenendo che nel fondo non c'è abbastanza denaro e di non aver ancora ricevuto le istruzioni su come utilizzare il denaro dell'"Articolo 20".

Ma ad essere vecchie, in Italia, sono anche le apparecchiature sanitarie. Si tratta di un problema sia per la qualità degli esami svolti sia per la rapidità. Per Confindustria dispositivi medici, nel nostro Paese ci sono quasi 37 mila apparecchi di diagnostica per immagini non più in linea con lo stato dell'arte della tecnologia esistente: «Il 92% dei mammografi convenzionali, il 96% delle Tac, con meno di 16 slice, il 91% dei sistemi radiografici fissi convenzionali, l'80,8% delle unità mobili radiografiche convenzionali, il 30,5% delle risonanze magnetiche chiuse, da 1-1,5 tesla, hanno più di 10 anni». I soldi per rinnovare i macchinari, 1,1 miliardi, li ha messi il Pnrr. Molte Regioni sono avanti con gli ordini e le installazioni, l'obiettivo è avere nel 2026 almeno 3.100 nuove grandi apparecchiature operative.

### **Liste di attesa e privato**

Il sistema sanitario nazionale, da dopo il Covid, lavora meno. Nei primi sei mesi del 2023 ha fatto, dice Agenas, l'agenzia sanitaria delle Regioni, 29 milioni di visite e 34 milioni di esami (esclusi quelli di laboratorio). Nello stesso periodo del 2019, i due dati sono stati 33 milioni e 36,5. Già così si comprende che le liste di attesa non possono che essersi allungate. A fronte di una offerta che è calata, infatti, la domanda non è certo scesa (non ci sarebbe motivo epidemiologico), e così in certi casi i cittadini aspettano mesi e mesi. E qui c'è il grande bivio. Chi può permetterselo paga e va nel privato, chi non può aspetta. Che la prima ipotesi sia sempre più utilizzata lo dice Istat, che ha calcolato come addirittura il 50% delle visite specialistiche vengano ormai fatte a pagamento. Un dato enorme. In realtà c'è anche una terza via: andare al pron-

to soccorso, dove tutti sono curati gratis (o quasi, in certe Regioni c'è un ticket per i casi meno gravi).

Sempre Istat, nel suo *Rapporto sul benessere equo e sostenibile (Bes)* calcola che il 4,2% dei cittadini nel 2023 ha rinunciato alle cure per motivi economici. Si tratta di 2,5 milioni di persone, dato cresciuto rispetto al 2022. Poi ci sono quelli che pagano. Il valore della spesa "out of pocket" è cresciuto negli anni, di pari passo con il venir meno della risposta del servizio pubblico, ma anche con l'aumento del fondo sanitario nazionale. Per Istat la spesa diretta delle famiglie nel 2012 era di 34,4 miliardi di euro. Nel 2022 è arrivata a quota 41,5 miliardi. La crescita è stata in 11 anni di oltre il 20%. Oltre 20 miliardi vengono spesi per visite specialistiche, servizi dentistici, servizi di diagnostica e per servizi paramedici. Altri 15 sono serviti a comprare farmaci, apparecchiature medicali e altro. «Il livello di spesa sanitaria in Italia è più contenuto degli altri paesi Ue, sia in termini di prodotto sia guardando in termini di parità del potere d'acquisto», ha da poco ribadito la Corte dei Conti: «La spesa privata sta crescendo in modo consistente, con una rilevante, forte differenza della capacità di spesa tra fasce più agiate e quelle più in difficoltà della popolazione. C'è dunque bisogno di mantenere un livello di spesa pubblica elevato per rispondere al declino che si prefigura».

Per affrontare le liste di attesa, il governo ha presentato un dl con alcune misure subito prima delle elezioni Europee. Ma nel provvedimento, un misto di misure già previste e di indicazioni poi modificate dallo stesso esecutivo, praticamente non ci sono soldi.

### **Il nodo appropriatezza**

Quando si parla di attese non si può tacere un altro problema che compete l'organizzazione: l'inappropriatezza, cioè il consumo di prestazioni inutili. Per certi esami, come le risonanze, si stima che gli accertamenti che non ser-





vono siano addirittura il 40% del totale di quelli prescritti. «L'importante è fare attenzione a non additare solo il medico come colpevole», spiega Nicola Montano, ordinario di medicina interna al Policlinico di Milano e presidente eletto della Simi, la Società italiana di medicina interna. «Tutto dipende dal sistema, non nasce da errori di un singolo attore. Per ridurre dobbiamo mettere chi prescrive in grado di lavorare con tranquillità. Oggi abbiamo una carenza di medici di medicina generale, quindi questi colleghi hanno un carico di lavoro importante, spesso sono molto giovani, e hanno una tendenza alla medicina difensiva». Cioè, a prescrivere per paura di sbagliare.

Spesso sono gli stessi cittadini a chiedere più prescrizioni del necessario e se non le ottengono si rivolgono al privato. «Abbiamo da tempo un forte consumismo sanitario - dice Montano - che nasce da una iper medicalizzazione della società. I progressi delle scienze mediche sono stati così tanti che

praticamente tutti sono considerati malati. Nel frattempo però non facciamo prevenzione. Non insegniamo ai bambini a mangiare, alle giovani madri l'importanza dell'attività fisica o del sonno. Ma i fattori ambientali pesano per il 60% sullo sviluppo di una malattia».

## Autonomia differenziata

Per il governo, o almeno per una parte, l'autonomia differenziata migliorerebbe anche la situazione della sanità. Il settore rappresenta un buon punto di osservazione per valutare la nuova disciplina. Dal 2001 infatti la modifica del Titolo V della Costituzione ha assegnato gran parte delle competenze legate all'assistenza dei cittadini alle Regioni. Il sistema non ha funzionato molto bene, visto che le realtà deboli, prevalentemente nel Centro-Sud, sono rimaste in difficoltà e quelle con un'assistenza di livello medio-alto, salvo alcuni casi eclatanti, si sono confermate. Per questo in molti temono che l'autonomia differenziata rinforzerà alcuni di coloro che sono già for-

ti e farà sprofondare chi è debole. Già oggi l'aspettativa di vita nel meridione è inferiore rispetto al settentrione (86,5 anni per le donne in Trentino-Alto Adige, 83,6 in Campania). Uno dei rischi è quello dello spostamento di professionisti e di conseguenza anche di pazienti verso le Regioni che lavorano di più e meglio. Con l'autonomia differenziata le Regioni potrebbero fare i loro contratti ai professionisti della sanità e ovviamente chi è più ricco offrirà paghe migliori, spingendo i camici bianchi e gli infermieri a spostarsi. Su questo da tempo lanciano l'allarme sindacati degli ospedalieri, che parlano del rischio di mobilità professionale. E il timore è anche che, in un Paese dove già oggi tantissimi viaggiano per curarsi (nel 2022, 140 mila malati da Sicilia, Calabria, Puglia e Campania si sono ricoverati altrove e ben 62 mila sono andati in Lombardia), questi spostamenti diventino ancora più numerosi. E il sistema sanitario nazionale crolli.

**Se oggi ci sono pochi medici è anche perché si è sbagliato a programmare i posti nelle scuole di specializzazione: non si è tenuto conto delle esigenze del sistema sanitario**

**Nel 2023 sono stati tremila i medici tra i 43 e i 55 anni che hanno lasciato il posto. Se ne sono andati per i carichi di lavoro enormi e per l'impossibilità di fare carriera**

PIERINO DI SILVERIO, SINDACALISTA ANAEO

**Oggi un infermiere trova subito lavoro ma poi resta bloccato per 30 anni. E il suo impegno è spesso ai limiti della tolleranza fisica per i troppi straordinari richiesti**

BARBARA MANGIACAVALLI, FNOPI

**C'è un forte consumismo sanitario che nasce dalla iper medicalizzazione della società. Tutti sono considerati malati ma al tempo stesso facciamo pochissima prevenzione**

NICOLA MONTANO, SIMI

**In Italia mancano 20 mila medici e 65 mila infermieri: i più carenti sono i dottori di pronto soccorso, i chirurghi generali e i radioterapisti. Meglio oculisti e ginecologi**

**Il servizio sanitario nazionale da dopo il Covid lavora meno ma la domanda non è scesa: chi può va nel privato. L'Istat: "Il 50% delle specialistiche vengono fatte a pagamento"**

**Solo il 18% degli ospedali ha meno di 34 anni. Ma sono vecchi anche i dispositivi sanitari: quasi il 37% non è in linea con la tecnologia attualmente esistente**

**Molti temono che con l'autonomia differenziata si rinforzino le Regioni forti e sprofondino quelle più deboli. Il rischio è che i medici vadano dove vengono pagati meglio**



L'ULTIMO MONITORAGGIO

## Covid, contagi raddoppiati e ricoveri in lieve aumento

L'ondata estiva di Covid non accenna a rallentare e raddoppia i suoi numeri nel giro di una settimana. Secondo l'ultimo monitoraggio dell'Istituto Superiore di Sanità e del ministero della Salute, la scorsa settimana i contagi sono aumentati del 53,3% rispetto a sette giorni prima, passando da circa 9mila a 13.672. Questo numero tuttavia sottostima l'intensità della circolazione del virus, la cui entità è difficilmente misurabile in assenza di un sistema capillare di sorveglianza sul territorio. Il numero dei tamponi effettuati direttamente in farmacia è infatti ormai esiguo, specie da quando non esiste l'obbligo di certificazione per il rientro al lavoro. Secondo la rilevazione, al 24 luglio risultano in leggero aumento i ricoveri in area medica, al 2,4% (1.517 ricoverati) e stabili quelli nelle terapie intensive, allo 0,4% (38 ricoverati). È stabile, ma sopra la soglia epidemica di 1, l'indice di trasmissibilità Rt: al 15 luglio è pari a 1,24, rispetto al valore di 1,20 della set-

timana precedente. Si sono poi ormai affermate le varianti appartenenti alla famiglia Kp: secondo il monitoraggio Iss-ministero, le varianti Kp2, Kp3, Kp3.1.1 sono in aumento rispetto alla settimana precedente e, insieme, sono responsabili di circa il 70% dei contagi. Discendono tutte dalla variante JN.1 contro cui è diretto il vaccino aggiornato. Non ci sono quindi timori sulla sua efficacia per la prossima stagione.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Sanità, per le imprese arriva il conto Nel 2024 una extra tassa da 2.7 miliardi

## Salute

Per le aziende farmaceutiche e biomedicali effetti pesanti del sistema del payback

Le imprese: stop ai tetti di spesa, ora sono necessarie nuove regole

Per le imprese del settore sanitario arriva un'extra tassa di 2,7 miliardi. Le aziende del settore farmaceutico e di quello biomedicale dovranno versare le somme a seguito del sistema del payback che pone a loro carico una parte dello sfioramento della spesa sanitaria. La richiesta delle imprese è quella di superare questo sistema di gestione della spesa, proprio per evitare che uscite straordinarie met-

tano a rischio competitività delle imprese, posti di lavoro e la stessa funzionalità del sistema sanitario.

**Marzio Bartoloni** — a pag. 3

## Farmaci, sulle aziende la scure del payback costa oltre 1,6 miliardi

**I numeri.** Cresce la spesa e il prelievo sulle imprese per il tetto superato  
Cattani (Farindustria): «Così aumenti insostenibili, è ora di cambiare»

### Marzio Bartoloni

La spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario vola sfiorando i 22 miliardi e la sua corsa verso l'alto spinta dalla richiesta di cure di una popolazione che invecchia sempre di più fa schizzare anche la "tassa" occulta del payback, il pesante obolo che sono costrette a pagare di tasca propria le aziende farmaceutiche ogni volta che si supera il tetto di spesa previsto. Per il 2023 - anno per il quale l'Agenzia del farmaco ha appena certificato 21,766 miliardi di spesa complessiva (+6%) - le imprese del farmaco dovranno sborsare 1,64 miliardi. Una cifra che salirà a 1,8-1,9 miliardi nel 2024, raggiungendo un salasso da 2,3-2,4 miliardi il prossimo anno.

Questa extra-tassa pesa tra il 15 e il 18% dei fatturati delle aziende chiamate a ripianare questi sfioramenti di un tetto calcolato sempre troppo al ri-

basso rispetto alla spesa effettiva che infatti viene superato abbondantemente ogni anno: nel 2023 il tetto sui cosiddetti acquisti diretti (i farmaci ospedalieri del Ssn) valeva il 7,95% del Fondo sanitario (10,143 miliardi) ed è stato superato di ben 3,287 miliardi di cui la metà - appunto 1,64 miliardi - sarà ora ripianato dalle aziende farmaceutiche, mentre il resto resterà a carico delle Regioni. Somma a cui si aggiunge tra l'altro anche un miniprelievo di 164 milioni sempre sulle aziende relativo alla spesa convenzionata (quella relativa ai medicinali in farmacia). Tutto questo complicato meccanismo, ribattezzato payback, è nato oltre 15 anni fa in tempi di *spending review* per provare a governare la spesa farmaceutica e da poco è stata esteso anche al settore del biomedicale che produce i dispositivi medici (dalle siringhe alle tac) con la richiesta - appena confermata da una sentenza

della Consulta - di pagare oltre 1 miliardo. In pratica tutta la filiera delle imprese della salute - dai farmaci ai dispositivi medici - dovrà pagare un conto salatissimo di oltre 2,7 miliardi. Da qui la levata di scudi delle aziende: «Il Paese ha bisogno di riforme se vuole essere competitivo sul fronte strategico della salute dove bisogna investire tanto sull'innovazione e il payback è un grande freno per attrarre questi investimenti. Si tratta di un



vulnus che parte da lontano e per il quale questo Governo non ha responsabilità, ma ora è arrivato il momento di riformare tutta la governance del farmaco», avverte Marcello Cattani presidente di Farmindustria che avrà un suo delegato nella missione in Cina guidata dalla premier Giorgia Meloni che è partita proprio ieri: «Ecco l'esempio del Governo cinese è lampante visto che sta spingendo con grande aggressività e con maxi investimenti sulla farmaceutica estendendo anche la tutela del brevetto. L'Italia deve attrezzarsi se vuole competere a livello internazionale su settori strategici ad alto valore aggiunto come questo». Cattani segnala poi come a fronte dello sfondamento del tetto sugli acquisti diretti sul quale scatta la scure del payback ci siano invece degli avanzi di risorse non spese sia sul tetto della convenzionata (847 milioni nel 2023) che sul fondo dei farmaci innovativi (348 milioni): «È la dimostrazione di come il payback sia un meccanismo perverso, mentre a livello internazionale ci sono modelli virtuosi per governare la spesa che a esempio non penalizzano le aziende

che investono nel Paese magari con incentivi sul prezzo di rimborso o con uno sgravio». Il presidente di Farmindustria riconosce il «clima positivo di dialogo» con l'attuale Governo, ma ora di fronte a previsioni «disarmanti» sull'impatto del payback nei prossimi anni chiede che per il 2025 il suo impatto «almeno non aumenti ulteriormente neutralizzando questa crescita, mentre per il 2026 bisogna ragionare su di un modello totalmente nuovo che tenga conto degli investimenti, della ricerca e dei benefici delle terapie non solo sulla salute ma anche dei vantaggi a esempio previdenziali che producono con minor costi per il sistema». L'alternativa altrimenti è «perdere competitività e dunque crescita e posti di lavoro. Oggi trainiamo la produzione industriale con un saldo positivo dell'export di 17 miliardi con una crescita da primato mondiale», aggiunge Cattani. Che non giudica nel merito la recente sentenza della Consulta sul payback dispositivi medici ma sottolinea «la miopia di quelle Regioni che festeggiano la decisione dei giudici costituzionali: non capiscono che siamo di fronte a

un meccanismo iniquo, fuori dal tempo che penalizza una filiera industriale che rischia così di non generare più Pil e occupazione come ha fatto finora. Si vince insieme e si perde da soli».

Di fronte a una spesa farmaceutica che non può solo che crescere il presidente dell'Aifa Robert Nistico ricorda infine come l'Agenzia possa agire fissando le regole per una più corretta appropriatezza prescrittiva e «questo lo fa con le note prescrittive e i piani terapeutici, ora in fase di revisione con il supporto delle società scientifiche e le organizzazioni mediche. Questo per offrire il farmaco giusto, alle persone giuste e nelle modalità ottimali. Ma non rientrano nelle funzioni dell'Agenzia il potere di controllo sull'attività prescrittiva e sulle politiche farmaceutiche regionali».

SI RIPRODUZIONE RISERVATA



**MARCELLO CATTANI**  
Presidente  
di Farmindustria



«Per il 2025 bisogna evitare almeno gli aumenti del payback e dal 2026 s'introduca un nuovo modello»

#### Effetto payback

##### Come funziona

Il payback è un meccanismo che prevede che in caso di sfondamento di un tetto di spesa le aziende siano obbligate a ripianare metà di questo sfioramento. Il meccanismo è applicato da oltre 15 anni nel settore della spesa farmaceutica pubblica, mentre la sua estensione al settore dei dispositivi medici è stato avviato soltanto nel 2022 e tuttora è al centro di un contenzioso legale.

##### Capitolo farmaci

Nel 2023 la spesa farmaceutica del Servizio sanitario nazionale ha raggiunto i 21,7 miliardi (U +6%). Per lo stesso anno - come appena certificato dall'Agenzia italiana del farmaco - le imprese del farmaco dovranno sborsare 1,64 miliardi di payback. Una cifra che salirà a 1,8-1,9 miliardi nel 2024, raggiungendo i 2,3-2,4 miliardi il prossimo anno.

##### Dispositivi

Nel 2022 è scattato l'obbligo per le aziende del biomedicale a pagare metà dello sfioramento del tetto di spesa sugli acquisti di dispositivi medici per il 2015-2018: si tratta di oltre un miliardo - dopo lo sconto deciso dal Governo l'anno scorso - rimasto finora in sospeso anche per la pioggia di ricorsi al Tar arrivati poi sul tavolo della Corte costituzionale

# 22 miliardi

#### LA SPESA PER FARMACI DEL SSN

Nel 2023 come ha appena certificato l'Agenzia italiana del farmaco la spesa farmaceutica a carico del Ssn ha raggiunto i 21,7 miliardi (+6%)





**INTERVISTA**

## Il presidente dell'Aifa Nisticò: per i farmaci innovativi iter di approvazione più veloce

**ENRICO NEGROTTI**
**Primopiano**

a pagina 6

«La nostra attività è sempre volta a mettere il cittadino al centro, la tutela della salute del paziente prima di ogni altra cosa. Anche per questo stiamo ipotizzando un meccanismo di "accesso precoce" alle nuove terapie, per cui non esistono alternative disponibili, grazie a un prezzo concordato con le aziende, da "aggiustare" con un conguaglio». Robert Giovanni Nisticò, 49 anni, da aprile è presidente dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

# Accesso precoce ai farmaci innovativi L'Aifa propone il modello francese

**ENRICO NEGROTTI**  
 Roma

«**L**a nostra attività è sempre volta a mettere il cittadino al centro, la tutela della salute del paziente viene prima di ogni altra cosa, come recita la Costituzione. Anche per questo stiamo ipotizzando un meccanismo di "accesso precoce" alle nuove terapie, per cui non esistono alternative disponibili, grazie a un prezzo concordato con le aziende, da "aggiustare" con un conguaglio». Robert Giovanni Nisticò, 49 anni, da aprile è presidente dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), inaugurando il nuovo modello organizzativo introdotto con il decreto 3/2024 del ministro della Salute.

Laureato in Medicina e chirurgia e specializzato in Psichiatria all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha lavorato come ricercatore all'Università di Bristol (Regno Unito) e ha diretto poi i suoi interessi sulla farmacologia. Autore di oltre 180 pubblicazioni scientifiche, dal 2015 è a capo del Laboratorio di neurofarmacologia della Fondazione Ebr-Rita Levi Montalcini di Roma e, dal 2015, è docente di Far-

macologia all'Università di Roma "Tor Vergata". Tra i primi risultati della sua gestione dell'Aifa figura lo smaltimento di centinaia di procedure autorizzative pendenti e l'avvio recentissimo di un tavolo di confronto con le principali categorie dei medici e le società scientifiche «per riorganizzare le note Aifa che delimitano la rimborsabilità di alcuni farmaci individuando criteri di appropriatezza delle prescrizioni, basandosi su evidenze scientifiche solide».

**Un presidente senza direttore generale, una sola commissione per scienza e prezzi: come funziona la nuova gestione dell'Aifa?**

L'Aifa è stata istituita nel 2003: dopo 20 anni era necessario un aggiornamento del suo funzionamento. Oggi abbiamo terapie innovative, una popolazione che sta invecchiando, sfide a cui dobbiamo essere pronti e saper dare una risposta rapida. Talvolta le due figure, direttore generale e presidente, hanno sofferto qualche contrapposizione. Avere un presidente con maggiori poteri, con due direzioni di livello generale (amministrativa e tecnico-

scientifico), dà l'idea di uno snellimento. Il presidente è anche rappresentante legale dell'Agenzia e c'è un nuovo consiglio di amministrazione (Cda). Stiamo lavorando sulla riorganizzazione, che pensiamo di finalizzare dopo l'estate, ma abbiamo già i primi risultati della nuova Commissione scientifico-economica (Cse), che riunisce le competenze di quelle che erano le commissioni tecnico-scientifica (Cts) e prezzi e rimborsi (Cpr). La nuova Cse, dalla fine di marzo, ha smaltito centinaia di procedure pendenti. In poco tempo abbiamo dimostrato di essere in grado di dare una accelerazione ai processi che riguardano la fissazione dei prezzi e l'iter autorizzativo dei farmaci. Che è quello che più



interessa al cittadino: avere le terapie innovative più efficaci e sicure.

**La prima autorizzazione dei farmaci viene dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema). Come sono i rapporti con le istituzioni europee?**

Aifa è molto ben collegata con gli enti internazionali: fa parte della rete regolatoria dei capi delle agenzie nazionali dei medicinali (*Heads of medicine agencies*, Hma), a cui Ema sovrintende. In queste reti si stabiliscono strategie e politiche da attuare: il documento più recente è *European medicine agencies network strategy 2028*. E indica le priorità da affrontare insieme: accessibilità ai farmaci, disponibilità, analisi dei dati, utilizzo dell'intelligenza artificiale, trasformazione digitale, innovazione. Il tutto anche per creare le condizioni per favorire la ricerca e lo sviluppo dei farmaci in Europa. Aifa è capofila di una "azione congiunta" (*joint action*) europea, insieme con la Commissione Europea, per il tema della gestione delle carenze di farmaci, un ambito in cui siamo modello di ispirazione in Europa. L'Italia è presente in tutte le commissioni e gruppi di lavoro nell'Ema. E un esponente di Aifa è capo (*chair*) del gruppo di lavoro di consulenza scientifica (*Scientific advice working party*) che collabora con il Comitato per i prodotti medicinali per uso umano (Chmp) dell'Ema, e fornisce indicazioni sullo sviluppo dei medicinali.

**Si parla tanto di medicina di precisione e terapie personalizzate. Come si sta evolvendo la ricerca sui farmaci?**

Più si va avanti e più si dise-

gneranno farmaci intelligenti, che possono colpire alterazioni molecolari specifiche all'individuo. Andiamo verso il nuovo paradigma della medicina di precisione, della terapia sartoriale, cioè di un vestito realizzato a misura del singolo paziente. Questi farmaci sono visti come "proiettili magici" che possiamo prevedere che funzionino, anche se resta necessaria una revisione dei dati dopo l'immissione in commercio, perché i pazienti reali non sono quelli degli studi clinici, e possono rispondere in modo differente.

**Ma i costi delle nuove terapie sembrano proibitivi. Come può Aifa garantire l'accesso alle cure senza compromettere la tenuta dei conti pubblici?**

Le terapie innovative (terapia genica, editing genomico, CART) vengono approvate dalle grandi agenzie regolatorie, Ema o la Food and drug administration (Fda) statunitense, con procedure centralizzate, accertando un rapporto rischio-beneficio favorevole. A livello nazionale si fa un discorso di costi e benefici per i pazienti. Credo però che non si

debba ragionare in un'ottica a silos, guardando solo il prezzo, ma anche il valore di quella terapia per la persona, che può rappresentare un investimento per la società. Se in un paziente pediatrico che ha una malattia genetica si sostituisce o ripara il gene difettoso garantendo al bambino un allungamento della vita e una qualità ottimale, questi diventerà un cittadino produttivo per la società. Poi occorre ricordare che molte sono terapie sperimentate su pochi pazienti, a volte per un periodo limitato, ed esistono ancora incertezze. Per questo stiamo studiando nuove modalità di negoziazione per i farmaci innovativi.

**Di che cosa si tratta?**

Dopo che una terapia viene

approvata dall'Ema, in media l'Aifa impiega 14 mesi per stabilire l'autorizzazione all'immissione in commercio (Aic). Poi c'è il tempo per l'introduzione nei prontuari regionali, infine il farmaco arriva al paziente. Come Aifa stiamo cercando di dimezzare i nostri tempi, però il sistema è complesso, e ci sono dinamiche che non controlliamo noi. Credo che possiamo introdurre un meccanismo di "accesso precoce", sul modello francese, per le nuove terapie per le quali non esistono alternative disponibili, pensiamo alle malattie rare, o ad alcune patologie oncologiche. Si tratta di identificare da parte di Aifa qual è la popolazione target all'interno delle indicazioni terapeutiche, e rendere subito disponibile il nuovo farmaco a un prezzo concordato con l'azienda, un prezzo di massima. Il paziente ha subito il farmaco, e per alcune patologie progressive può essere cruciale il fattore tempo. Poi si fa la negoziazione del prezzo vera e propria, e si può fare una politica di conguaglio tra il prezzo concordato finale e quello iniziale. In questo modo si mantiene la gestione dentro un modello di sostenibilità economica, e soprattutto si tratta il paziente velocemente. Ci sono aspetti di costi sanitari ma anche etici. Se queste terapie funzionano, sul medio termine si può riconoscere un prezzo più alto, se invece ci rendiamo conto che possono essere meno efficaci dell'atteso, si può ricalibrare il prezzo.

**L'Aifa ha annunciato uno sfoltoimento delle Note che limitano la rimborsabilità di alcuni farmaci e della lista di quelli sottoposti a**





**Piano terapeutico. Di che cosa si tratta?**

Alcune Note sono ormai obsolete, risalgono a tantissimi anni fa e nel frattempo sono state generate evidenze scientifiche nuove. Aifa ha istituito un tavolo di lavoro dedicato, che si è riunito per la prima volta il 19 luglio, con Ordini dei medici, organizzazioni dei medici di medicina generale e società scientifiche con l'obiettivo di fare chiarezza, mettere ordine, semplificare, secondo criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche solide. In alcuni casi i Piani terapeutici potranno essere sostituiti da linee guida

prescrittive vincolanti che, non obbligando più il paziente a nuova visita per il rinnovo del Piano stesso, finiranno per alleggerire anche le liste di attesa.

**Serviranno anche per migliorare l'aderenza alle terapie, che è un problema soprattutto per anziani e cronici?**

I pazienti anziani, cronici, fragili, che spesso hanno una politerapia, prendono anche dieci farmaci. Chi può prevedere le interazioni tra questi farmaci? Non si sono studiate nelle sperimentazioni cliniche. Noi vogliamo fare un tavolo tecnico sulla medicina di precisio-

ne, e la prescrittomica, per fornire linee di indirizzo che possono migliorare i comportamenti prescrittivi e l'aderenza alle terapie con il concetto che è meglio un farmaco in meno che un farmaco in più, quando si tratta di politerapie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Psichiatra, docente di farmacologia, vuole introdurre un iter differente per trattare, con i ritrovati più innovativi, i malati senza alternative. Come? Rendendo subito disponibile il farmaco e negoziando poi il prezzo con le aziende

«Dopo che un medicinale viene approvato dall'EmA, impieghiamo 14 mesi per la sua immissione in commercio. Poi serve altro tempo per introdurlo nei prontuari regionali: dobbiamo dimezzare i tempi»

«Più si va avanti e più si disegnano prodotti intelligenti, che colpiscono alterazioni molecolari specifiche dell'individuo. Andiamo verso una "terapia sartoriale", cioè un vestito realizzato a misura del singolo paziente»

I farmaci del futuro, per un gran numero di patologie, saranno sempre più intelligenti, selettivi e ritagliati sull'esigenza di ogni singolo paziente

/Ansa

**L'INTERVISTA**

Parla Robert Giovanni Nisticò, da aprile presidente dell'Aifa (Agenzia del farmaco). Le prime mosse: smaltire centinaia di pratiche autorizzative e aprire un nuovo tavolo con medici e società scientifiche



Robert Giovanni Nisticò



## LE ALTRE PRIORITÀ

# «I medicinali equivalenti? Sicuri ed efficaci come quelli di marca»

**S**carso uso dei generici, resistenza agli antibiotici, carenze di farmaci: questioni differenti ma che rappresentano problemi che il cittadino può incontrare quando deve curarsi.

I farmaci equivalenti o generici faticano ad affermarsi, visto che i cittadini spendono circa un miliardo di euro di tasca propria per pagare la differenza di prezzo con i farmaci di marca. Eppure, spiega l'Aifa, questi farmaci «contengono la stessa quantità di principio attivo del prodotto originale, e hanno anche una bioequivalenza. Significa che gli studi di biodisponibilità hanno dimostrato che la quantità e la velocità con cui il principio attivo entra in circolo è sovrapponibile tra farmaco generico e farmaco "originale". Questi farmaci bioequivalenti sono autorizzati all'immissione in commercio dopo una serie di verifiche, che dimostrano gli stessi standard di qualità, efficacia e sicurezza rispetto ai prodotti di marca, originali».

Le esitazioni dei cittadini si spiegano da un lato «con un retaggio culturale, soprattutto in certe regioni» ma, fanno sapere dall'Agenzia del farmaco, «anche noi dobbiamo migliorare la nostra comunicazione e far capire che sono assolutamente sicuri ed efficaci come i farmaci originali. Senza dimenticare che garantiscono un risparmio importante che può essere investito in altri segmenti». Solo due settimane fa ne sono stati approvati 11, da cui Aifa stima un risparmio di 19 milioni di euro, mentre dalla versione equivalente di un solo importante immunosoppressore è ipotizzabile un minor esborso di 54 milioni.

I cittadini lamentano anche carenze di medicinali. Senza confonderle con momentanee assenze in farmacia di prodotti che

vengono però recuperati in 24-48 ore, le carenze generano allarmismo ma, sostiene l'autorità regolatoria, «non rappresentano al momento attuale una vera emergenza: su oltre 10mila prodotti presenti in Prontuario, sono poco più di 300 i farmaci realmente carenti, cioè che non hanno alternative terapeutiche disponibili. È un tema a cui dedichiamo attenzione, e l'Italia è considerata un modello perché è molto proattiva, ma senza generare allarmismi eccessivi». Occorre riflettere sul fatto che le cause di una carenza possono essere molteplici, e quindi diversi i rimedi: «Ci può essere mancanza di materia prima - osservano dall'Agenzia - che viene importata per oltre il 70% da Cina e India. Oppure possono mancare materiali per il confezionamento, come l'alluminio o le plastiche. Uno di problemi di cui si sente parlare molto, sono gli agonisti glp-1 (come la semaglutide, la liraglutide, eccetera) di cui da un lato non c'è ancora grande capacità produttiva, essendo stati messi in commercio solo recentemente, e dall'altro c'è grande richiesta, essendo destinati a contrastare obesità e diabete di tipo 2». A seconda della causa della carenza, Aifa si impegna per trovare la soluzione: «Innanzitutto, abbiamo un portale molto aggiornato, fatto bene e fruibile, che segnala le carenze, anche in anticipo. Da un lato cominciamo a chiedere alle aziende produttrici per capire la causa: poi blocchiamo le esportazioni dei prodotti carenti, così come cerchiamo di facilitare importazioni parallele dall'estero». Se il problema è più ampio, si cercano soluzioni con meccanismi di solidarietà a livello europeo, tra i diversi Stati. Certo che il tema è sentito a livello europeo e il documento Emans 2028 lo ha messo tra i problemi prioritari da risolvere.

Infine, la resistenza agli antibiotici, che sta diventando un grosso problema per la salute pubblica, accompagnato dal fatto che non vengono più sviluppate nuove molecole. «La resistenza - evidenzia l'Aifa - è cresciuta anche a causa di un uso poco razionale di questi farmaci. Purtroppo per le aziende è un mercato poco attrattivo, perché sono farmaci che costano poco e l'investimento su un nuovo antibiotico è molto incerto dei risultati, perché quando verrà prodotto, tra diversi anni, potrebbe non colpire l'agente patogeno allora emergente. Occorrono incentivi, come è stato fatto per i farmaci orfani per le malattie rare, e alleggerire le procedure regolatorie, affinché questi investimenti siano più attrattivi per l'industria».

**Enrico Negrotti**

3 RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Agenzia: stessa quantità di principio attivo e bioequivalenza. La carenza di prodotti? Nessuna emergenza, è molto più seria la questione della resistenza agli antibiotici





**LO STUDIO** Al Cnr di Pozzuoli

## Guarire le ferite con l'aiuto della luce La sfida della medicina rigenerativa

I ricercatori hanno dimostrato che i tessuti si riformano se stimolati con raggi simil infrarossi e nanoprismi di oro

**Gloria Sacconi Jotti**

■ È possibile guarire una ferita con la luce? A questa sfida della medicina rigenerativa risponde uno studio dell'Istituto di scienze applicate e sistemi intelligenti del Consiglio nazionale delle ricerche di Pozzuoli (Cnr-Isasi).

I ricercatori hanno dimostrato la possibilità di promuovere il processo di rigenerazione tissutale in organismi trattati con nanoprismi di oro e illuminati con luce nel vicino infrarosso. Lo studio, pubblicato recentemente, condotto in collaborazione con Saragozza (Spagna), descrive come piccole quantità di calore generate da nanoparticelle di oro a seguito di illuminazione infrarossa (Nir) possono favorire il processo di rigenerazione cellulare mediante attivazione delle cellule staminali.

La ricerca apre prospettive innovative: «Uno degli obiettivi della medicina rigenerativa è la possibilità di riattivare le cellule staminali nel tessuto lesionato e promuovere i processi che portano alla rigenerazione del tessuto piuttosto che al riparo, che raramente riesce a ripristinare la mor-

fologia e la funzionalità del tessuto esistenti prima della lesione», spiega Claudia Tortiglione del Cnr. «In tutti gli organismi viventi - aggiunge - la rigenerazione avviene grazie a fattori genetici e biochimici, che agiscono a livello cellulare ed è anche regolata da stimoli fisici quali calore, campi elettrici, luce, ecc. che rivestono ruoli fondamentali per coordinare grandi numeri di cellule nel processo di guarigione della ferita.

L'effetto dell'esposizione alla luce o al calore nel favorire il processo di rigenerazione sono noti e nella quotidianità applichiamo impacchi caldi o cerotti termici per ridurre l'infiammazione, alleviare il dolore e migliorare la circolazione». Mentre il corpo umano riesce a rigenerare, allo stadio adulto, solo parte di alcuni organi (pelle, fegato) nel mondo animale esistono organismi inverte-

brati, come l'idra e la planaria, in cui il potenziale di rigenerazione tissutale è massimo. Ed è proprio su esemplari di *Hydra vulgaris* che il team si è concentrato, dimostrando come il trattamento con *nanoheaters*, nanomateriali

che producono calore quando fotostimolati, aumenti la velocità di rigenerazione della testa, della capacità riproduttiva e del tasso di proliferazione delle cellule staminali dell'animale.

«In animali come *Hydra* la capacità di rigenerare parti amputate è dovuta alla presenza di cellule staminali: per questo il nostro obiettivo era capire come riattivare le cellule staminali nel tessuto umano adulto. Lo studio delinea i meccanismi molecolari alla base dell'aumentata efficienza di rigenerazione, identificando i geni chiave dello sviluppo e i geni coinvolti nella risposta allo stress termico che vengono riattivati in anticipo rispetto ai tempi normali grazie all'illuminazione dei nanoprismi. Inoltre, mediante analisi termografica, viene stimata la quantità di calore prodotta dai *nanoheaters* intracellulari, rivelando *Hydra* come un termometro vivente per testare le prestazioni di questi innovativi materiali. Quindi nuove strategie di medicina rigenerativa che consentiranno di utilizzare la luce per la guarigione delle ferite».



**LA SEDE**  
L'Istituto di scienze applicate e sistemi intelligenti del Consiglio nazionale delle ricerche di Pozzuoli (Cnr-Isasi)



Ermanno Greco

## «Gravidanza d'estate? Il caldo eccessivo abbassa le possibilità»

L'esperto spiega gli effetti dell'afa sulla fertilità: «Gli spermatozoi vivono a 34,5°»

**Maria Sorbi**

**L'**estate sarà pure complice degli innamoramenti ma non fa bene alle coppie che cercano un figlio. Il caldo non aiuta la fertilità. Anzi, i forti sbalzi di caldo possono influenzare l'apparato riproduttivo. Diceria o verità? «Tutto vero» conferma Ermanno Greco, direttore del Centro di Medicina della Riproduzione di Villa Mafalda a Roma e tra i massimi esperti in Medicina della Riproduzione e fecondazione assistita.

**Professor Greco, in che modo il caldo influisce sulla fertilità?**

«La temperatura ideale per la vita degli spermatozoi è 34 gradi e mezzo. In estate questo equilibrio si altera. Un aumento, anche di solo un decimo di grado all'interno dei testicoli, determina una modifica del liquido seminale».

**Che tipo di modifica?**

«La temperatura intratesticolare elevata può avere effetti negativi sulla formazione di spermatozoi e lo stress termico può indurre alterazioni nella qualità del seme inducendo modifiche sia nella concentrazione sia nella velocità degli spermatozoi, fattori strettamente connessi alla capacità riproduttiva. Inoltre, studi scientifici, hanno dimostrato un incremento della frammentazione del DNA a causa del calore. Frammenta-

zione vuol dire che gli spermatozoi non sono più adatti».

**Ma quindi le conseguenze del caldo sono solo sugli uomini?**

«Gli studi si sono concentrati soprattutto sugli uomini. Ma ci sono effetti anche sugli

ovuli femminili. Le ovaie devono essere a 2 gradi meno delle altre zone periferiche altrimenti se ne compromette la funzionalità. Tuttavia ci sono pochi studi di fisiopatologia sulle donne, ci si basa sugli esiti delle analisti sui bovini».

**Che dire? Evviva l'aria condizionata!**

«Assolutamente sì. Pensi che spesso i problemi di fertilità in estate vengono riscontrati in uomini che lavorano in ambienti che li espongono molto al caldo come i cuochi, i vigili del fuoco. Condizioni che abbassano molto la fertilità».

**Il freddo ha lo stesso effetto deleterio del caldo?**

«Se eccessivo ha delle conseguenze. Serve un giusto equilibrio».

**Immagino che le cause del calo demografico a cui stiamo assistendo non siano legate solo al clima.**

«La causa principale della diminuzione dei gameti sono le polveri sottili. Il caldo fa aumentare l'inquinamento. Poi ci sono altri motivi ovviamente. Tra questi anche l'età».

**Aspettiamo troppo per cer-**

**care di diventare genitori?**

«Sì, troppo. I media ci abituano a notizie di attrici e vip che diventano mamme a 50 anni. Oggi le coppie che ricorrono alla procreazione medicalmente assistita sono aumentate del 30%. Molti scelgono di congelare gli ovociti. Tante donne non ci pensano ma con l'età aumenta il numero degli ovociti non sani. Tanto che, nelle donne over 35, prima di un impianto verifichiamo prima la salute dell'embrione per testarne la qualità».

**Colpa della precarietà nel lavoro?**

«Anche. Ma il calo della fertilità non è solo un fattore sociale».

**Elon Musk sui social si dice molto preoccupato per il calo demografico in Italia. Come mai tutta questa attenzione?**

«Ne parla spesso. Sostiene che il crollo delle nascite sia una minaccia per la nostra civiltà. Probabilmente si starà inventando qualcosa anche in questo settore».

**È vero che il caldo e i cambiamenti climatici agevolano i parti prematuri?**

«Sì. Il caldo aumenta la produzione di sostanze come l'ossitocina e alcune proteine infiammatorie che, nelle donne incinte aumentano le contrazioni nell'utero».





LE NUOVE FRONTIERE DELLE NEUROSCIENZE

# Riabilitazione su misura utilizzando il canto per affrontare l'afasia

Lo studio è stato coordinato dall'Università di New York  
Le applicazioni utili in caso di ictus e malattie degenerative

**Federico Mereta**

Musica. E parole. Apparentemente, pare che ascoltare una persona che parla e un brano musicale sia, per le orecchie e il cervello che decodifica i segnali, la stessa cosa. Ma non è proprio così. Anche se i sistemi di ricezione dei segnali acustici sono simili, ci sono differenze. E proprio queste discrepanze, ovviamente del tutto impercettibili, potrebbero rappresentare un vero e proprio "segreto" in grado di spiegare come e perché, proprio grazie al canto potremmo affrontare problemi come l'afasia, nelle sue varie forme. A definire questo importante passaggio nelle neuroscienze è una ricerca internazionale apparsa su *Plos Biology*, coordinata da Andrew Chang dell'Università di New York.

Lo studio ha previsto una serie di esperimenti proprio per definire come percepiamo musica e parola. Come rivela in una nota dell'ateneo lo stesso Chang, «sebbene la musica e il parlato siano diversi in molti modi, dall'altezza al timbro fino alla struttura del suono, i nostri risultati mostrano che il sistema uditivo

utilizza parametri acustici straordinariamente semplici per distinguere la musica e il parlato».

Le clip audio più lente e costanti, anche un semplice rumore, vengono recepite come musica. Invece se il ritmo si fa più forsennato si tende ad avere la percezione del parlato. Gli scienziati misurano la velocità dei segnali in base a precise unità di misura: l'Hertz (Hz). Un numero maggiore di Hz significa un numero maggiore di occorrenze (o cicli) al secondo rispetto a un numero inferiore. Ad esempio, le persone in genere camminano a un ritmo compreso tra 1, 5 e 2 passi al secondo, ovvero 1, 5-2 Hz. Come segnala sempre la nota dell'ateneo americano, ad esempio, il ritmo di "Superstition" di Stevie Wonder del 1972 è di circa 1,6 Hz. Il parlato, al contrario, è tipicamente due o tre volte più veloce di quello a 4-5 Hz. Lo studio, come detto, ha proposto quattro diversi esperimenti ad oltre 300 persone, con segmenti audio di rumore sintetizzato simile a musica e parlato con varie velocità e regolarità di modulazione di ampiezza.

Insomma: il sistema uditivo umano è molto semplice quando si tratta di distinguere musica e linguaggio. E proprio per questo si possono pro-

grammare progetti di riabilitazione su misura. Puntando ad esempio a "riaccendere" la capacità di pronunciare i

termini addestrando le persone con afasia a cantare ciò che vogliono dire. Come? Impiegando i loro "meccanismi musicali" intatti per aggirare i meccanismi del linguaggio danneggiati. Pertanto, sapere cosa rende la musica e il parlato simili o distinti nel cervello può aiutare a progettare programmi di riabilitazione più efficaci. L'afasia, ha un pesante impatto sulle attività della vita quotidiana, sull'autonomia, sulle relazioni e, in generale, sulla qualità della vita delle persone colpite e dei loro familiari. Alcune persone afasiche hanno difficoltà quando devono esprimersi verbalmente, mentre può rimanere intatta la capa-

cià di comprendere il linguaggio. Altre, invece, riscontrano difficoltà quando si tratta di comprendere quello che gli viene detto. La gravità, ovviamente, è estremamente variabile e dipende dalla sede e dalla dimensione del danno cerebrale. Quindi possono

ciò che gli viene detto. La gravità, ovviamente, è estremamente variabile e dipende dalla sede e dalla dimensione del danno cerebrale. Quindi possono



manifestarsi afasia di tipo diverso, quindi non parliamo di un quadro unico: a volte si compromette soprattutto la possibilità di esprimersi e parlare correttamente ma si riesce comunque a capire cosa stanno dicendo gli altri perché il danno è sostanzialmente motorio: in questo caso si parla di afasia motoria di Broca. In altre situazioni ci può essere invece una maggior compromissione della comprensione del linguaggio, come accade nell'afasia sensoriale di Wernicke. L'ictus non è l'unica causa del problema.

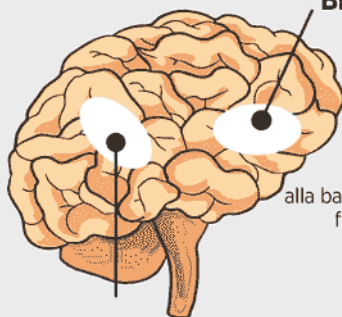
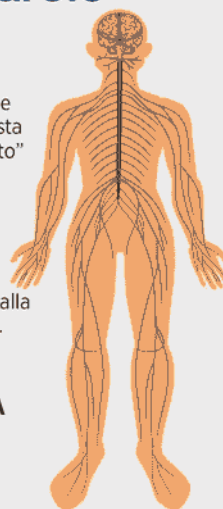
Anche un trauma cranico o patologie degenerative che portano ad alterazioni dei neuroni delle aree citate possono influire sulla capacità di proferire le parole e comprenderle. A volte, come accade nelle cosiddette afasie primarie progressive, il disturbo del linguaggio non si correla a danni di altre capacità, come la memoria, la potenzialità di giudizio e l'orientamento. Anche malattie come il Parkinson o l'Alzheimer possono dar luogo a fenomeni di questo tipo. Ovviamente de-

ve essere lo specialista ad arrivare alla diagnosi per un ottimale percorso di cure e riabilitazione. —

## Come pronunciamo e comprendiamo le parole

**1 Reti efficienti.** Nel sistema nervoso ci sono reti che consentono una serie di passaggi, permettendo la traduzione del pensiero in parole ed anche la via opposta per cui quanto ascoltiamo viene "incorporato" ovviamente se importante.

**2 Aree specifiche.** Nel sistema nervoso, e in particolare nel cervello, esistono zone che hanno compiti ben precisi in questo ambito. Si tratta di aree che sono deputate alla elaborazione e formulazione del linguaggio. E non ci sono differenze specifiche tra i destrimani e i mancini.



**BROCA**

**WERNICKE**

**3 Nasce la parola.**

L'area di Broca, che si trova alla base della terza circonvoluzione frontale sinistra, gioca un ruolo particolarmente significativo e consente, con la sua attività, l'ottimale elaborazione della parte motoria del linguaggio.

**4 Così comprendiamo.** L'area di Wernicke, che si localizza nella parte posteriore della circonvoluzione temporale superiore sinistra, è invece deputata ai fenomeni di comprensione. In pratica ci aiuta a capire quanto ci stanno dicendo.

WITHUB





■ CARE4CARE / Un'analisi comparata delle condizioni di lavoro nel settore dell'assistenza alla persona in sei paesi dell'UE e tre azioni per migliorare la qualità del lavoro e contrastare le discriminazioni

# Infermieri, OSS, OSA, assistenti familiari: un tesoro per la società

Coordinato dall'università di Firenze, il progetto mira a promuovere la consapevolezza dei diritti dei lavoratori, particolare attenzione a donne e migranti

**C**A'RE4CARE: We care for those who care è il progetto di ricerca che si prende cura di chi lavora nel settore dell'assistenza alla persona. Questo settore rappresenta un ambito cruciale per le società contemporanee, perché è sul terreno della cura che si gioca la partita del benessere e dell'inclusione di cittadini e cittadine. Il settore ha ricevuto un riconoscimento crescente negli ultimi anni, particolarmente nel contesto europeo; se il Piano d'Azione dell'UE 2017-2019 già aveva sottolineato l'importanza di questo settore per la salute e la prosperità dei popoli, secondo la Strategia dell'UE sull'assistenza, presentata nel 2022, esso rappresenta una pietra miliare del futuro delle società e dell'economia europea, mentre la recente La Hulpe Declaration on the Future of the European Pillar of Social Rights ha ribadito, nell'aprile 2024, la necessità di assicurare ai lavoratori e alle lavoratrici del settore un'attenzione particolare. D'altro canto, la pandemia da Covid-19 ha reso ancor più manifeste vulnerabilità e disuguaglianze che caratterizzano questo comparto: strutturale carenza di personale, da cui derivano sovraccarico di lavoro e stress correlato per gli operatori e le operatrici; atavica sottovalutazione del lavoro di cura in termini economici e sociali; forte presenza di donne e migranti, e dunque forte rischio di discriminazioni specialmente indiritte.

L'obiettivo principale di CARE4CARE, un progetto finanziato dalla Commissione europea nel quadro del programma Horizon Europe, è migliorare la qualità del lavoro degli operatori e operatrici del settore

dell'assistenza, aumentando la consapevolezza dei loro diritti e proponendo misure per contrastare le discriminazioni di cui sono vittime, considerato che - come si ricordava - il settore si caratterizza per una forte presenza di donne e migranti. Il progetto sviluppa un'analisi comparata delle condizioni di lavoro nel settore dell'assistenza - con particolare riferimento ad alcune categorie di lavoratori e lavoratrici particolarmente vulnerabili (infermieri, OSS, OSA, assistenti familiari) - in sei Stati membri dell'Unione europea (Francia, Germania, Italia, Polonia, Spagna e Svezia) attraverso l'esame tanto del dato normativo, legale e contrattuale-collettivo, quanto della percezione dei diritti e delle effettive condizioni di lavoro. La ricerca scientifica così condotta rappresenta la base per la realizzazione di alcune azioni capaci di ricadute concrete sulla società civile: la formulazione di raccomandazioni ai soggetti politici, sia a livello nazionale che a livello UE; la creazione di una piattaforma web di facile consultazione, che raccolga le informazioni necessarie a lavoratori e lavoratrici per avere consapevolezza dei propri diritti; la progettazione e la sperimentazione di percorsi formativi per le parti sociali per rendere la contrattazione collettiva più efficace a contrastare e risolvere la particolare vulnerabilità di operatori e operatrici.

Il Consorzio CARE4CARE, che abbraccia l'Unione europea da nord a sud e da est a ovest, è guidato da un gruppo di ricerca del Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università di Firenze (Italia) coordinato da Maria Luisa Vallauri e comprende dieci partner. Sono coinvolte sette università: Università di Firenze (Italia), Lunds Universitet (Svezia), Univer-

sidad de Girona (Spagna), Universidad de Sevilla (Spagna), Europa - Universität Viadrina (Germania), Uniwersytet Rzeszowski (Polonia), Université de Bordeaux - Centre National de la Recherche Scientifique (Francia). L'Organizzazione toscana delle università e della ricerca 4 Europe (Tour4eu, Belgio) supervisiona la comunicazione e la disseminazione. Due associazioni della società civile, European Federation for Family Employment & Home Care (Belgio) e European Federation for Services to Individuals (Belgio), fanno da ponte con gli interlocutori interessati a livello europeo. Il Consorzio può, inoltre, contare sul sostegno dell'European Trade Union Institute (ETUI) che ha sede a Bruxelles.

La ricerca CARE4CARE si svolge in due fasi, la prima dedicata alla ricerca scientifica (giuridica e psico-sociale), la seconda dedicata alla realizzazione di azioni con ricadute pratiche sulla società civile.

La prima, ormai in fase conclusiva, riguarda l'analisi del quadro regolatorio dei sei paesi coinvolti e ha visto impegnate le unità di ricerca nello studio delle condizioni applicate ai prestatori di assistenza e nella mappatura delle discriminazioni di genere e legate allo status migratorio. I risultati preliminari di questa analisi sono stati discussi in seminari con istituzioni, organismi di parità e parti sociali, sia a livello nazionale che europeo, con il fine di raccogliere ulteriori dati e informazioni che hanno rafforzato significativamente i rapporti nazionali, rendendoli più completi e affidabili. L'Università di Lund e l'Università di Girona, leader di queste attività, hanno infine elaborato due rapporti comparati che già sono disponibili.

La seconda parte della ricerca scientifi-

ca, attualmente in corso di svolgimento e guidata dall'Università di Siviglia, prevede invece la somministrazione di questionari a un campione significativo di lavoratori e lavoratrici del settore nei sei paesi e la realizzazione di focus group con l'obiettivo di verificare il livello di percezione delle condizioni di lavoro e il livello di consapevolezza dei diritti tra gli operatori e le operatrici. I risultati quantitativi e qualitativi di questa indagine saranno disponibili entro la fine del 2024. Muovendo da questi primi risultati della ricerca, al fine di realizzare azioni con ricadute sulla società civile, la Europa - Universität Viadrina ha avviato la fase di elaborazione di proposte di strategie di intervento a livello nazionale e UE, con l'obiettivo finale di formulare un policy paper da indirizzare alle istituzioni europee in vista di una regolazione più stringente ed efficace del settore. L'Università di Rzeszowski in Polonia sta iniziando il lavoro di progettazione di percorsi formativi destinati a sindacalisti e rappresentanti datoriali per rendere le parti sociali più avvedute rispetto alle criticità del settore e la contrattazione collettiva, di conseguenza, più efficace. Infine, l'Università di Firenze sta ideando la piattaforma web attraverso la quale rendere disponibili informazioni facilmente comprensibili e tradotte nelle lingue di maggiore immigrazione nei diversi paesi riguardanti i diritti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Il forte spirito di collaborazione e il grande coinvolgimento che accompagna i partner del Consorzio sta contribuendo in modo decisivo al raggiungimento degli obiettivi e alla qualità della ricerca, i cui risultati sono progressivamente pubblicati sul sito [www.care4care.net](http://www.care4care.net).



Il gruppo di ricerca CARE4CARE riunito a Firenze il 17 marzo 2023 per il Kickoff meeting



Giornata di lavoro a Barcellona, 1° febbraio 2024



**26** lug  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Virus Oropouche: l'Iss risponde a una Faq su origine della malattia, sintomi e rischi

Che cos'è la malattia da virus Oropouche? Quali sono i sintomi che permettono di riconoscerla? Quali i rischi, chi li corre e come proteggersi? Lo spiega l'Istituto superiore di sanità, che ha aggiornato il proprio sito web con una Faq sull'infezione. La malattia da virus Oropouche - descrive l'Iss - è una arbovirosi causata dal virus Oropouche (Orov), un virus a Rna che circola nell'America centrale e meridionale e nei Caraibi. Orov può essere trasmesso agli esseri umani principalmente attraverso la puntura di *Culicoides paraensis*, un piccolo dittero

ematofago di 1-3 millimetri, simile a un moscerino, che nelle aree endemiche si trova in zone boschive nei pressi di ruscelli, stagni e paludi, o di alcune zanzare come *Culex quinquefasciatus*. "Nessuno di questi vettori al momento è presente in Italia o in Europa", assicura l'istituto che precisa: "Non è stata al momento confermata la possibilità di una trasmissione da uomo a uomo del virus". Perché si parla di Oropouche? Il ministero della Salute brasiliano - ricorda l'Iss - ha riferito oggi di 2 morti causate dal virus, che al momento risultano le prime mai registrate al mondo, e sono attualmente in corso di indagine 6 possibili casi di trasmissione verticale di Orov associati ad aborto spontaneo, morte fetale e/o microcefalia, comunicati dall'Organizzazione panamericana della sanità (Paho). Nel 2024, al 23 luglio, sono stati registrati oltre 7.700 casi nel mondo in 5 Paesi: Brasile, Bolivia, Peru, Cuba e Colombia. "Nelle scorse settimane sono stati registrati alcuni casi del virus anche in Italia, tutti importati e senza conseguenze gravi", puntualizza l'istituto.

Chi rischia l'infezione da virus Oropouche? E quali precauzioni prendere? Il rischio di infezione - prosegue l'Iss - è presente se si viaggia nei Paesi in cui è presente il virus. Per chi si trova in queste zone, si raccomanda di mettere in atto tutte le precauzioni necessarie a evitare il contatto con gli insetti vettori: usare repellenti chimici, indossare vestiti che coprano braccia e gambe, soggiornare in case dotate di zanzariere e cercare di ridurre le attività all'aperto nei periodi di maggiore attività vettoriale (all'alba e al crepuscolo). Come capire se si è stati infettati? I sintomi principali dell'infezione - elenca l'istituto - sono febbre, mal di testa, dolore articolare e, in qualche caso, fotofobia, diplopia (visione doppia), nausea e vomito. Se si è di ritorno da un viaggio nei Paesi in cui è presente il virus e si hanno questi sintomi, il consiglio è di rivolgersi al proprio medico, specificando le zone in cui si è soggiornato. L'Iss - si legge sul sito dell'istituto - offre supporto tecnico scientifico al sistema sanitario nazionale e al ministero della Salute in qualità di laboratorio nazionale di riferimento per attività di conferma diagnostica e caratterizzazione microbiologica e, grazie ad un team multi-disciplinare di esperti, monitora il rischio per la sanità pubblica di questo evento in Italia per gli aspetti virologici, entomologici ed epidemiologici.





**26** lug  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S  
24

## Caldo estremo, appello Onu-Oms per risposte efficaci contro le malattie e i 500mila morti l'anno

Il Segretario Generale delle Nazioni Unite, António Guterres, ha lanciato un appello all'azione contro il caldo estremo in risposta agli impatti mortali dell'aumento delle temperature in tutto il mondo. L'appello all'azione delinea la necessità globale di prendersi cura dei più vulnerabili, proteggere i lavoratori, aumentare la resilienza utilizzando dati e scienza e limitare l'aumento della temperatura media globale a 1,5°C.

La crisi climatica sta portando le temperature a livelli insopportabili in tutto il mondo, provocando morti e malattie legate al caldo e mettendo a dura prova i sistemi sanitari di tutto il mondo. Lo stress da caldo è la principale causa di decessi legati al clima e le stime mostrano che circa 489.000 decessi legati al caldo si sono verificati ogni anno tra il 2000 e il 2019. «Il caldo estremo è l'effetto più visibile del cambiamento climatico, tutti ne sono colpiti - ha affermato Maria Neira, direttrice del Dipartimento dell'ambiente, dei cambiamenti climatici e della salute presso l'Oms -. Le persone con condizioni di salute precarie le vedranno peggiorare molto per il caldo estremo e questo avrà un impatto sulla salute di tutti in modi a volte sorprendenti. Anche la salute mentale risente del caldo, rendendo le persone confuse, ansiose o addirittura violente».

L'esposizione acuta e prolungata al calore in eccesso provoca stress da calore nel corpo ed esacerba le malattie di base tra cui malattie cardiovascolari, diabete, salute mentale, asma e malattie renali. Può aumentare il rischio di incidenti, gravidanze e parti sfavorevoli e aumentare la trasmissione di alcune malattie infettive. In condizioni di caldo estremo, lo stress da calore non trattato può portare a un colpo di calore, che può rappresentare un'emergenza medica fatale.

**Malattie e decessi sono prevenibili.** La buona notizia è che le malattie e i decessi legati al caldo sono prevenibili. Esistono azioni e strumenti basati sull'evidenza che salvano vite umane e limitano significativamente gli impatti sulla salute del caldo estremo. Possiamo proteggere i più vulnerabili - rilevano dall'Oms - sensibilizzando l'opinione pubblica su come mantenere i sistemi sanitari e di protezione sociale al fresco e pronti al calore, potenziare i sistemi di allarme sanitario e caldo per allertare le autorità e il pubblico e promuovere soluzioni basate sulla natura nelle città per ridurre l'eccesso di urbanizzazione.

Secondo le stime contenute in un rapporto prodotto dall'Oms, l'aumento globale dei sistemi di allarme sanitario per il calore solo in 57 paesi ha il potenziale per salvare quasi 100.000 vite all'anno. L'Oms co-sponsorizza la Global Heat Health Information Network che riunisce agenzie delle Nazioni Unite, governi, esperti e partner della società civile per condividere conoscenze e soluzioni su vasta scala per proteggere le comunità dal caldo estremo in tutto il mondo.



26 lug  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## UniCamillus: con i progetti Sosta e System la sfida delle nanotecnologie diventa realtà

di Paolo Castiglia

La Commissione europea le ha definite tecnologie “ad alta intensità di conoscenza e associate ad elevata intensità di Ricerca & Sviluppo, a cicli d’innovazione rapidi, a consistenti spese di investimento e a posti di lavoro altamente qualificati”. Rendono possibile” l’innovazione nei processi, nei beni e nei servizi in tutti i settori e hanno quindi rilevanza sistemica. Sono multidisciplinari, interessano tecnologie tra le più varie e tendono a convergere e a integrarsi”.

Parliamo delle Ket, key enabling technology, a cui appartengono le nanotecnologie, le scienze che studiano l’infinitamente piccolo, decisive anche in campo sanitario. Su questo terreno è impegnata decisamente UniCamillus, capofila sul terreno della ricerca in particolare su due progetti di cui il prof. Gianfranco Peluso (ordinario di Scienze Tecniche Dietetiche Applicate e di Alimentazione e Promozione della Salute presso l’Ateneo Medico) è Direttore Scientifico e che sono dedicati appunto alle nanotecnologie applicate alla medicina: il progetto Sosta riguarda l’oculistica, System la sarcopenia e l’invecchiamento.

Come spiega direttamente Peluso in un suo testo di divulgazione scientifica “le nanoparticelle solide lipidiche e le nanoparticelle polimeriche sono state recentemente proposte come sistemi nanotecnologici biocompatibili e biodegradabili per la veicolazione di un gran numero di molecole bioattive. Si tratta in pratica di nano-cargo progettati per trasportare molecole bioattive in cellule bersaglio massimizzando l’indice terapeutico, riducendo gli effetti collaterali e amplificando l’effetto desiderato.

“Grazie a questo – approfondisce Peluso - possiamo risolvere uno dei più grandi problemi che si è presentato a livello terapeutico: quante molecole innovative, assolutamente attive e potenzialmente assai efficaci, abbiamo dovuto abbandonare perché non erano assorbibili? Attraverso le nano-strutture, oggi, e nel futuro sempre di più, saranno invece rese biodisponibili. Abbiamo lo shuttle, l’equipaggio lo avevamo già ma era rimasto a terra: ora può viaggiare indisturbato nel corpo umano”.

Questo impegno di UniCamillus sul terreno della ricerca medica ha avuto un importante riconoscimento nella scelte di finanziamento legate al Pnrr: dei fondi erogati dall’Unione Europea - che sono stati messi a bando dal Ministero dell’Università e della Ricerca in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale - UniCamillus ha infatti ottenuto il sostegno più ampio nella misura di 1.264.954 euro e il progetto nel complesso è stato finanziato per 2.467.099,00 euro.

“Si tratta di un risultato straordinario - ha dichiarato in proposito il Rettore dell’Unicamillus, Gianni Profita - rappresenta senza dubbio un riconoscimento alla validità e alla qualità del lavoro che svolgiamo tutti i giorni in UniCamillus. Il fatto che ci





sia stato assegnato questo importante finanziamento è però anche un motivo di grande responsabilità, che ci sprona a portare avanti al meglio il nostro percorso di crescita a vocazione internazionale”.

Tornando alle nanotecnologie, che rappresentano comunque solo uno dei molti ambiti sui quali la ricerca scientifica medica viene sollecitata e promossa da UniCamillus, il prof. Gianfranco Peluso, nel testo già citato, spiega che “si possono fare anche cose che prima non erano concepibili. Oggi - e, ribadiamo, sempre di più d’ora in poi - potremo utilizzare delle ‘pillole nano-sensori’ in grado di veicolare e ricevere messaggi, di ‘interrogare’ un distretto biologico ottenendo risposta: risposte - al plurale - informazioni, avvertimenti, ‘warnings’! Tramite i nano-sensori si potrà mappare un’area del nostro organismo, condensare informazioni, e capire cosa c’è che non va e che deve essere curato”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

26 lug  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Malattie rare/ Nasce Aiva, organizzazione di volontariato dedicata alle vasculiti anca-associate

Le vasculiti Anca-associate (aav) sono un gruppo di malattie autoimmuni rare, che hanno un'incidenza di circa 13-20 casi per milione di persone all'anno in Europa. Sono difficoltose da diagnosticare, possono avere un impatto significativo sulla salute di organi vitali come reni, polmoni e cuore; nonché sulla vita dei pazienti. Per loro è nata l'Associazione italiana vasculiti anca-associate – Aiva Odv. Istituita nel maggio 2024, grazie alla volontà congiunta di pazienti e medici, è stata ufficialmente presentata durante un incontro istituzionale in Senato, organizzato su iniziativa del senatore Orfeo Mazzella, co-coordinatore dell' Intergruppo parlamentare malattie rare e oncoematologiche.

Aiva nasce con l'obiettivo di soddisfare le esigenze dei pazienti e delle loro famiglie, proponendosi di diffondere la conoscenza sulla patologia, potenziando l'informazione a ogni livello, anche tra la classe medica.

La vasculite è un'infiammazione delle pareti dei vasi sanguigni, che colpisce vari organi del corpo. In particolare, nei pazienti affetti da vasculiti aav, si genera un anticorpo denominato Anca, che agisce contro una proteina specifica (antigene) presente nei neutrofili, un tipo di globuli bianchi. Questa patologia è resa ancora più impattante dall'effetto combinato della malattia attiva e degli effetti del trattamento, determinando un tasso di mortalità approssimativamente 2,3 volte più alto nei pazienti affetti da aav rispetto alla popolazione generale.

Date le caratteristiche della patologia, la diagnosi risulta complessa e richiede la collaborazione di più specialisti, che spesso non riconoscono i sintomi tipici della malattia, che viene erroneamente diagnosticata come infezioni, tumori, depressione od osteoartrite, in particolare in pazienti più anziani. Per questo motivo l'associazione si è fatta promotrice del [Manifesto della Patologia](#), presentato durante l'evento, che ha come obiettivi principali educare e sensibilizzare sulle vasculiti anca-associate, informare la classe medica e migliorare così la vita dei pazienti.

«Queste vasculiti rientrano nelle malattie rare di interesse prevalentemente reumatologico e nefrologico e hanno quadri clinici molto eterogenei, pur presentando il tratto in comune della positività per gli autoanticorpi Anca. Si tratta di tre entità cliniche: granulomatosi con poliangioite (Gpa), poliangioite microscopica (Mpa) e granulomatosi eosinofila con poliangioite (Egpa), quest'ultima con aspetti di specificità rispetto alle prime due. La poliedricità della patologia causa, inoltre, ritardi diagnostici: in circa il 60% dei pazienti, il tempo medio che intercorre tra l'esordio dei primi sintomi e la diagnosi finale, è stimato a 6 mesi. Per tutti questi motivi è necessaria una gestione clinico-assistenziale fondata su una piena integrazione multidisciplinare, così da garantire al paziente una presa in carico funzionale alle diverse esigenze che la malattia richiede»,





ha commentato Luca Quartuccio, componente comitato scientifico Aiva Odv e professore associato di Reumatologia Università di Udine. «Essendo condizioni rare, le vasculiti Anca-associate sono poco conosciute, non solo dai pazienti, ma anche dalla classe medica e per questo motivo il Comitato scientifico di Aiva ha realizzato il Manifesto della patologia, che serve a raggiungere uno degli obiettivi principali dell'Associazione: diffondere conoscenza anche tra la classe medica sulla patologia», ha proseguito.

Cuore pulsante dell'associazione sono i pazienti, i loro familiari e i caregiver. Aiva mette al centro le persone, diventando così un punto di riferimento, offrendo supporto diretto e concreto ai pazienti, oltre a un supporto psicologico.

«Come presidente di Aiva e in qualità di paziente affetto da aav, mi sono impegnato sin da subito per supportare i pazienti affetti dalla mia stessa patologia. Spesso i pazienti sono costretti ad attendere diversi anni prima di ricevere una diagnosi certa, che inevitabilmente può avere gravi conseguenze sul decorso della patologia e anche sulla loro qualità di vita, con ricadute sulle loro famiglie», ha commentato Ruben Collett, presidente dell'Associazione. «Affrontare una malattia rara è un'esperienza traumatica e solitaria - ricorda Collet - soprattutto quando i sintomi interferiscono con la vita quotidiana in modo inaspettato. Proprio per questo Aiva si pone l'obiettivo di garantire supporto psicologico per supportarli ad affrontare la patologia. Vogliamo anche supportare la ricerca, in particolare quelle iniziative che coinvolgano i pazienti e che abbiano come scopo il miglioramento delle cure e della qualità della vita».

La divulgazione e il dialogo costante sono elementi cardine della Mission dell'Associazione, per questo sono stati realizzati alcuni strumenti digitali: «Come un sito internet, [aivaodv.it](http://aivaodv.it), e una pagina Facebook (AIVA - Associazione Italiana Vasculiti ANCA-Associate) dove chiunque può chiedere informazioni sui centri di riferimento, sui percorsi diagnostici e sulle terapie. Per noi è importante poter offrire ai pazienti e ai loro cari la possibilità di orientarsi facilmente attraverso le realtà specifiche della loro condizione, avendo a disposizione punti di riferimento cui affidarsi e rivolgersi», ha concluso Valeria Minozzo, Segretario dell'associazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**26** lug  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH

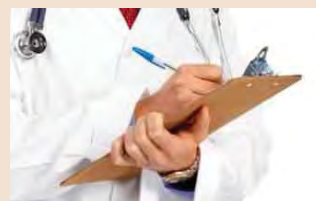
S  
24

## Nasce A.I.V.A. un'organizzazione di volontariato dedicata alle Vasculiti Anca-Associate

Nasce l'Associazione Italiana Vasculiti ANCA-Associate – A.I.V.A. ODV con l'obiettivo di soddisfare le esigenze dei pazienti e delle loro famiglie, proponendosi di diffondere la conoscenza sulla patologia, potenziando l'informazione a ogni livello, anche tra la classe medica.

“La vasculite - spiega una nota - è un'inflammatione delle pareti dei vasi sanguigni, che colpisce vari organi del corpo”. Date le caratteristiche della patologia, “la diagnosi risulta complessa e richiede la collaborazione di più specialisti, che spesso non riconoscono i sintomi tipici della malattia, che viene erroneamente diagnosticata come infezioni, tumori, depressione od osteoartrite, in particolare in pazienti più anziani”. Per questo motivo l'Associazione si è fatta promotrice del Manifesto della Patologia che ha come obiettivi principali educare e sensibilizzare sulle Vasculiti ANCA-Associate, informare la classe medica e migliorare così la vita dei pazienti.

“La poliedricità della patologia - ha commentato Luca Quartuccio, componente comitato scientifico A.I.V.A. ODV e professore associato di Reumatologia all'Università di Udine - causa ritardi diagnostici: in circa il 60% dei pazienti, il tempo medio che intercorre tra l'esordio dei primi sintomi e la diagnosi finale, è stimato a 6 mesi”. Per questo “è necessaria una gestione clinico-assistenziale fondata su una piena integrazione multidisciplinare, così da garantire al paziente una presa in carico funzionale alle diverse esigenze che la malattia richiede”. Per il senatore Orfeo Mazzella coordinatore dell'Intergruppo Parlamentare Malattie Rare ed Oncoematologiche “iniziative come questa e Associazioni come A.I.V.A. sono per noi fondamentali per ascoltare i bisogni dei pazienti in modo da poter agire con maggiore incisività”. Per Ruben Collett presidente dell'Associazione “A.I.V.A. vuole garantire supporto psicologico ai pazienti e supportare la ricerca”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA ASL TOSCANA NORDOVEST

# «Sì a suicidio assistito per paziente 54enne»

Si sarebbe sbloccato l'iter per l'accesso al suicidio medicalmente assistito della donna di 54 anni, toscana, completamente paralizzata a causa di una sclerosi multipla progressiva, e che aveva rifiutato la nutrizione artificiale: secondo alcune notizie circolate ieri, la Asl Toscana nordovest ha dato parere favorevole. «È la prima applicazione della nuova sentenza della Consulta che ha esteso il concetto di "trattamento di sostegno vitale"», afferma trionfante l'associazione Luca Coscioni a cui si era rivolta tempo fa la donna e che ne aveva reso noto il caso un mese fa. L'Azienda sanitaria, ha argomentato l'associazione, «ha comunicato il suo parere favorevole: la donna possiede tutti e 4 i requisiti previsti dalla sentenza 242/2019 (Cappato/Dj Fabo) per poter accedere legalmente al suicidio medicalmente assistito in Italia. Da oggi se confermerà la sua volontà, potrà procedere a porre fine alle sue sofferenze. La Commissione medica dell'Azienda sanitaria ora aspetta di sapere le modalità di esecuzione - il termine non è casuale, ndr - e il medico scelto dal-

la donna, in modo da assicurare - secondo l'associazione - "il rispetto della dignità della persona"».

La donna aveva inviato la richiesta di verifica delle sue condizioni il 20 marzo scorso e, a causa del diniego opposto, aveva diffidato l'Asl, il successivo 29 giugno, alla revisione della relazione finale con particolare riferimento alla sussistenza del requisito del trattamento di sostegno vitale, essendo totalmente dipendente dall'assistenza di terze persone e avendo rifiutato la nutrizione artificiale con la Peg ritenendola un accanimento terapeutico. Ora la revisione del parere della Asl «è avvenuta - rileva l'associazione - alla luce della recente sentenza della Corte costituzionale 135 del 2024 che ha esteso l'interpretazione del concetto di "trattamento di sostegno vitale"»: fino a quest'ultima sentenza, l'Azienda sanitaria «non riconosceva la presenza di questo requisito, in quanto equiparava il rifiuto della nutrizione artificiale all'assenza del "trattamento di sostegno vitale"». «La signora - dichiara l'avvocato Filomena Gallo, segretaria nazionale dell'associazione Coscioni, difensore e coordinatrice del collegio legale della 54enne - dopo mesi di attesa e sofferenze, con il rischio di morire in modo atroce, potrà decidere con il medico di fiducia

quando procedere». Si concretizzano in ogni caso le preoccupazioni che le associazioni avevano espresso sulla pronuncia della Consulta. Alla soddisfazione per la chiusura espressa rispetto a tutte le questioni sollevate dai legali dell'associazione

Coscioni sul fine vita, in particolare la negazione dell'esistenza di un diritto assoluto a decidere come e quando morire che scongiura il rischio di indurre alla morte persone fragili depresse ed emarginate, era stata infatti considerata «gravissima», come sottolineato da Pro Vita & Famiglia, «l'interpretazione sulla definizione di "trattamenti di sostegno vitale"», perché include «anche pratiche di assistenza sanitaria alla persona non a diretto supporto delle funzioni vitali di base». In sostanza, continuava Pro Vita, «aumenta il numero di casi in cui si potrà aiutare una persona a suicidarsi, velocizzando la tragica deriva eutanasica che la Consulta ha inaugurato con la sentenza 2019 sul caso Dj Fabo». Quello che nel caso toscano è effettivamente avvenuto.

La donna, affetta da sclerosi multipla progressiva, e completamente paralizzata, aveva rifiutato la nutrizione artificiale. «È il risultato della nuova sentenza della Consulta»



# Dagli ospedali alle cliniche private primari in fuga dalla sanità pubblica

Scelte legata ai limiti di età, al peso della burocrazia e della politica che non guarda ai meriti, ma la sconfitta più grave è l'uscita dei 50enni

di **Carlo Picozza**

Sempre più povera di medici, infermieri e tecnici; sempre più matrigna con i malati. È la sanità pubblica, con attese così lunghe che rischiano di uccidere chi non ha i soldi per farsi curare in intramoenia o dai privati; ridotta, spesso com'è, a uno snodo per il rinvio a questi ultimi delle stesse prestazioni salvavita. E contro la carenza di personale, da anni, si dibatte se trattenere in corsia i medici over 70. Ora è possibile fino a 72 anni, con retroattività dal primo settembre 2023, ma i danni si sono già consumati. Intanto, stuoli di clinici fuoriclasse sono ormai fuori dagli ospedali: in pensione, emigrati all'estero (nei Paesi del Golfo, in particolare, dove gli stipendi sfiorano i ventimila euro) o fuggiti verso le cliniche. Altri stanno per levare le tende. A 50 anni o giù di lì. Ed è la sconfitta più cocente. Negli ultimi tempi, se ne sono andati i migliori; i clinici che ci invidiano nel resto dell'Italia e non solo. Allo scoccare dei 70, hanno lasciato il Servizio sanitario, alla volta dei privati, il cardiocirurgo Francesco Musumeci, l'otorinolaringoiatra Angelo Camaioni, l'urologo Michele Gallucci, l'aritmologo Massimo Santini, il chirurgo vascolare Nicola Mangialardi, il chirurgo toracico Massimo Martel-

li, il dermatologo Aldo Morrone, il chirurgo oncologo Titta Grassi, solo per fare i nomi più noti. Alcuni - ed è la criticità più grave - non hanno aspettato i 70 anni per mollare gli ormeggi dal pubblico, "in fuga dalla burocrazia che soffoca, dalla politica che favorisce i clienti e mortifica le professionalità". Carlo Eugenio Vitelli, che al San Giovanni dirigeva il dipartimento di Chirurgia generale, quattro reparti, quasi 500 tra medici, infermieri e tecnici, ha trovato ridosso nella clinica Madonna del Rosario: «Troppe carte e poca attenzione al malato nel pubblico; e si sa da anni che ci saremmo trovati a corto di medici: ora si corre ai ripari nel modo sconsiderato di sempre». Molto prima della pensione, a 50 anni, anche Graziano Pernazza che Vitelli chiamò a dirigere la Chirurgia robotica, promessa nazionale nella sua specialità, ha fatto rotta sui privati, al San Carlo di Nancy, proprio quando, con lui, l'ospedale pubblico era diventato un riferimento nazionale per l'alta chirurgia mininvasiva addominale: al pancreas, allo stomaco, al colon retto. È la fuga dei Pernazza e dei Vitelli che dovrebbe allarmare. Giovani ma già punti di riferimento, che il Servizio sanitario lascia andar via, insalutati ospiti. «Ho scelto i privati - spiega il primo - non per beneficiare di una re-

munerazione più alta ma per il disagio e le difficoltà che, nella sanità pubblica, la politica e la burocrazia frappongono alla salute dei malati». Gli stessi motivi del suo ex direttore, Vitelli, collega e amico.

Vitelli, Pernazza e non solo. Hanno lasciato il Servizio sanitario regionale i neurochirurghi Massimiliano Neroni e Alessandro Rustia. Il primo, con esperienza e padronanza di tecniche innovative, ora lavora con più privati; il secondo, giovane di talento, è emigrato in Germania dove dirige un reparto di Chirurgia. Anche il radiologo Marco Minetti, che aveva varato il servizio di Neuroradiologia interventistica al San Giovanni, è approdato al Nostra Signora della Mercedes. Come Fabrizio Montagnese, gastroenterologo ed endoscopista di vaglia, che dal Nuovo ospedale dei Castelli si è trasferito a Villa Mafalda. Stessa rotta



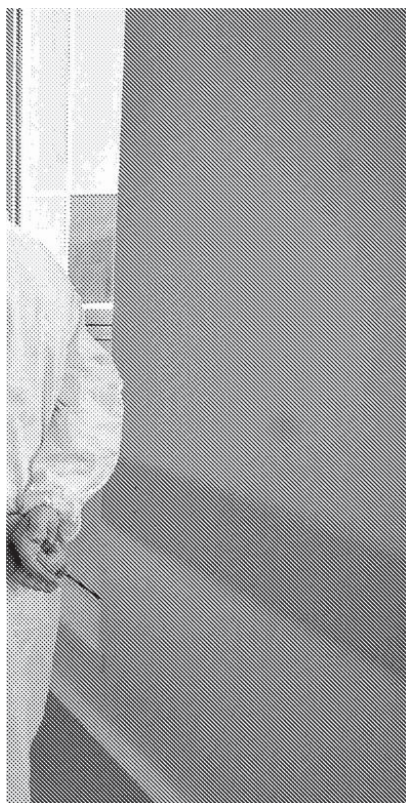


ha battuto Nicola Bollea, medico abile e intuitivo, perduto ormai dall'area dell'Emergenza pubblica. Il Servizio sanitario regionale si impoverisce. Sembra non esserci spazio per l'esperienza, le capacità diagnostiche e terapeutiche, la dedizione al lavoro e ai malati di tanti che, all'eccellenza delle prestazioni, associano l'ascolto dei pazienti e la tensione a trasferire saperi e tecniche ai colleghi. Contro le liste di attesa lunghissime, i governatori, Francesco Rocca incluso, chiedono alle cliniche in convenzione di mettere a disposizione le agende e, intanto, dalla porta centrale, continua l'esodo dei professionisti della salute.

Una volta centralizzati a livello regionale gli appuntamenti per visite, esami diagnostici e interventi, ci si renderà conto che il privato accreditato eseguirà, a parità di ore, un numero di prestazioni largamente più alto di quello assicurato dai centri pubblici. E la lentezza di questi ultimi continuerà a funzionare da volano per i privati, con buona pace degli assistiti in genere e dei malati in particolare.

**Il chirurgo Vitelli**  
**"Troppe carte**  
**e poca attenzione**  
**al malato"**

***"Non lo facciamo per soldi, ma per le nostre professionalità mortificate"***



*L'intervista*

# Mangialardi "Non cacciate noi 70enni pronti a dare una mano"

«Neanche da medici volontari ci è stato permesso di restare negli ospedali pubblici una volta doppiata la boa dei settant'anni; così, però – con i colleghi in campo al lumicino – il Servizio sanitario regionale sarà sempre più inefficiente, sofferente, più avaro di prestazioni e qualità assistenziale verso i pazienti, soprattutto quelli meno abbienti». Anche Nicola Mangialardi, già primario della Chirurgia vascolare, prima al San Filippo Neri poi al San Camillo, ora opera in un centro privato non accreditato, la clinica Pio XI, la stessa che, prima di aprire le sue corsie ai degenti, fece da set al film di Luigi Zampa, "Il medico della mutua", con Alberto Sordi nella parte del dottor Guido Tersilli.

**Professor Mangialardi, lei è stato tra i promotori, con Francesco Musumeci, Angelo Camaioni e altri primari, della proposta di allungare di almeno due anni oltre i settanta, la permanenza in servizio dei camici bianchi, su base volontaria e**

**d'accordo con le Regioni: è soddisfatto della legge?**

«Non del tutto: la norma proposta dal ministro Schillaci, che consente ai medici che hanno compiuto 70 anni dopo il primo settembre 2023, di restare in servizio per un altro biennio, è un passo avanti per tentare di arginare la carenza dei colleghi nella sanità pubblica, ma occorre ben altro per risolvere le criticità del Servizio sanitario nazionale e regionale».

**Cos'altro?**

«Innanzitutto, bisognerebbe accelerare le procedure per l'assunzione di medici e infermieri e, contemporaneamente, dovrebbe essere loro garantita una remunerazione adeguata, sufficiente, cioè, a ridare smalto e attrazione al lavoro nelle corsie pubbliche a tutto vantaggio del fabbisogno di salute dei pazienti; occorre, per ciò, superare le timidezze e, con audacia, ricorrere a soluzioni, sia pure congiunturali, come il recupero del lavoro dei medici in pensione, per tamponare la falla della carenza di personale e,

con questa, le criticità maggiori che si risolvono a danno dei malati».

**Lei, che in pensione è andato prima del settembre 2023, non rientra nel novero di quanti potranno restare nel Servizio sanitario...**

«È così, a meno che non intervengano emendamenti o modifiche della legge, che consentano a quanti come me – e non siamo pochi – di poter rientrare per dare una mano, su base volontaria, ai colleghi più giovani che si sobbarcano carichi di lavoro, a volte, al limite della fatica umana; anche perché l'orientamento della giunta regionale di mettere in campo il 17 per cento in più di personale, compresi i colleghi iscritti al quarto anno di specializzazione, potrebbe avvantaggiarsi del tutoraggio nostro a beneficio della formazione dei più giovani e, alla fine, degli stessi degenti».

– **carlo pizzo**



**CHIRURGO**  
NICOLA  
MANGIALARDI  
PRIMARIO

*Possiamo tamponare le falle, ma bisogna accelerare le nuove assunzioni e garantire redditi adeguati*





*La Regione*

## Rocca resta alla Sanità Salvini “Da me soldi al Lazio”

» a pagina 2

**ALLA PISANA**

# Rocca si tiene la sanità Salvini “Dal mio ministero miliardi alla Regione”

Il governatore smentisce le voci su un suo abbandono della delega la partita dei Forzisti per avere più peso irrita anche la premier Meloni

**di Marina de Ghantuz Cubbe**

All'interno del consiglio regionale Forza Italia torna a fare numero. Fuori, intanto, si alzano le barricate. La partita tra gli azzurri che chiedono di contare di più nella maggioranza di centrodestra che guida la Regione Lazio e il resto della coalizione, non è affatto finita.

Anche la premier Giorgia Meloni, raccontano fonti di centrodestra, sarebbe irritata per la situazione che i forzisti hanno creato in questi giorni: lo strappo in Aula facendo mancare il numero legale, le assenze in giunta, le pressioni sul governatore Francesco Rocca e soprattutto la richiesta di “riequilibrare” la giunta. Cioè di avere un assessore in più. In mattinata è stato il leader della Lega Matteo Salvini a suonare la tromba e a ricordare, anche al presidente del Lazio, la «collaborazione notevolissima, a suon di miliardi» da parte del ministero alle Infrastrutture che il leader della Lega dirige. «Mi spiace – ha aggiunto Salvini – che ci sia in maggioranza qualcuno che cerca di rallen-

tare l'attività amministrativa della Regione». La Lega, anche se è rimasta con un solo consigliere (Forza Italia è passata invece da tre a sette), non cede di un millimetro. Non vuole cedere assessorati.

Neanche Rocca è minimamente intenzionato a cedere e non ammette ipotesi che depotenzino la sua posizione: un comunicato stampa istituzionale lanciato ieri pomeriggio mentre il consiglio regionale era in corso ha smentito le voci che lo vedrebbero abbandonare la delega alla Sanità in favore di Forza Italia. In Aula Rocca non si è presentato (era impegnato, spiega il suo staff, in appuntamenti già fissati con associazioni che si occupano di autismo e con diversi amministratori locali).

Il presidente è stato comunque evocato dal capogruppo di Forza Italia Giorgio Simeoni: «La politica non è una parolaccia», ha detto rispondendo a Rocca che il giorno prima ha sottolineato di non essere ricattabile proprio perché non vive di politica. «Noi siamo Forza Italia, ci davano per morti e invece siamo al centro del centrodestra – ha ag-

giunto Simeoni – E vogliamo incidere di più sull'ottimo lavoro di questa maggioranza». L'unica leghista rimasta, Laura Cartaginese, non ha proferito parola mentre il Pd aspetta la maggioranza al varco.

In particolare lunedì, quando dovrebbero riunirsi il coordinatore di FI nel Lazio Claudio Fazzone, quello di FdI Paolo Trancassini e quello della Lega Davide Bordoni. Gli azzurri al momento e nelle passate riunioni (tre nell'ultimo mese), di proposte concrete non ne hanno fatte e dopo le dimostrazioni di forza, si aspettano un passo avanti dagli alleati e dal presidente. Se il terzo assessorato proprio non si può fare, l'opzione potrebbe essere quella di far avere più deleghe importanti ai due assessori già in giunta. Quella più interessante per FI è l'Urbanistica ora in capo al leghista Pasquale Ciacciarelli.



Altra ipotesi che circola e che potrebbe atterrare sul tavolo del prossimo incontro è una doppia vicepresidenza dell'Aula (ora Forza Italia in questa posizione ha già Giuseppe Cangemi); ma anche la guida di Cotral, i cui vertici non sono stati ancora rinnovati da questa amministrazione. In Fratelli d'Italia però c'è chi scommette che non ci saran-

no grandi stravolgimenti in giunta. Segno che le barricate sono alte da tutte le parti, a difesa di Rocca e delle proprie poltrone.

**Giorgio Simeoni**  
**capogruppo F.I**  
**“Ci davano per morti**  
**noi vogliamo incidere**  
**di più sul lavoro**  
**della maggioranza”**

🔥 **Il presidente** Francesco Rocca governa la Regione Lazio e deve risolvere la questione politica che ha messo in crisi la maggioranza





## SOS SANITÀ

# Le pagelle degli ospedali

*Il Casilino quello con più accessi  
Nello scorso anno sono stati 77.892  
Secondo il Gemelli con oltre 55 mila*

*Più di 50 mila i pazienti rimasti «ostaggio»  
nelle sale d'attesa dei Pronto Soccorso  
Molti ci sono rimasti anche per 48 ore*

*Maglia nera per tempi di ricovero  
al San Camillo dove servono fino a 30 ore  
Seguono Tor Vergata, Campus e Umberto I*

... Attese infinite nei Pronto Soccorso del Lazio e stavolta la conferma arriva dal Programma regionale di valutazione. Per un ricovero si arriva ad aspettare anche 30 ore.

Sbraga a pagina 19

## SOS SANITÀ

Maglia nera al policlinico Tor Vergata, seguono la strutture di Frascati e Anzio-Nettuno

# Pronto soccorso La pagella delle attese

*Oltre 50.000 pazienti sono rimasti in «ostaggio» nelle astanterie per 48 ore*

### ANTONIO SBRAGA

... Nel 2023 ben 54.083 pazienti sono rimasti «ostaggio» dei Pronto Soccorso laziali con una permanenza nelle astanterie di oltre 48 ore: 44.090 quelli in attesa del ricovero in un reparto di degenza (o del trasferimento in un altro ospedale) e i restanti 9.993 «astanti» tra le corsie del Ps per almeno due giorni prima di essere dimessi.

Sono queste alcune delle cifre che emergono dal Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari (Prevale), che lo scorso anno ha registrato un milione e 400 mila accessi nei Ps del Lazio, di cui il 5.28% in codice rosso d'emergenza, il 18.97% d'urgenza, il 39.63 d'urgenza differibile, il 33.28% d'urgenza minore, il 2.71% di non urgenza e il restante 0.12% non eseguito dopo il

triage. Mentre la «proporzione di abbandono del Ps prima della visita medica» da parte del paziente ha una media regionale del 4.85%. Triplicata, però, nella struttura che risulta maglia nera non solo per gli abbandoni, ma anche per le più lunghe durate delle attese e delle permanenze: il policlinico Tor Vergata (Ptv). Nel quale la proporzione di abbandono schizza, infatti, al 12.15%. Il Ptv è seguito nella flop-5 dai Ps di Frascati (11.80), Anzio-Nettuno (9.81), Sant'Andrea (8.92) e Sant'Eugenio (8.40). Ma il Ptv figura anche sul mesto podio della «mediana dei tempi di attesa» di trattamento, con quasi due ore (un'ora e 56 minuti per la precisione). Quasi il doppio della media regionale, che è stata di 48 minuti. Il Ptv ha raddoppiato anche la media di permanenza dei pazienti nel 50 Ps del

Lazio prima di essere dimessi: 6 ore e 16 minuti a fronte di una mediana laziale di 3 ore e 17 minuti. Ma sono rimasti oltre le 5 ore anche i pazienti del Sant'Andrea (5 ore e 59 minuti) e del Gemelli (5.21) e hanno sfiorato le 4 ore sia al Pertini (4 ore e 49 minuti) che all'Umberto I (4.20). Mentre il 90.34% dei pazienti dimessi dai Ps ha avuto una durata della permanenza minore alle 12 ore, l'8.17% tra le 12 e le 48 ore e l'1.48% oltre le 48 ore. Poi ci sono i pazienti che il



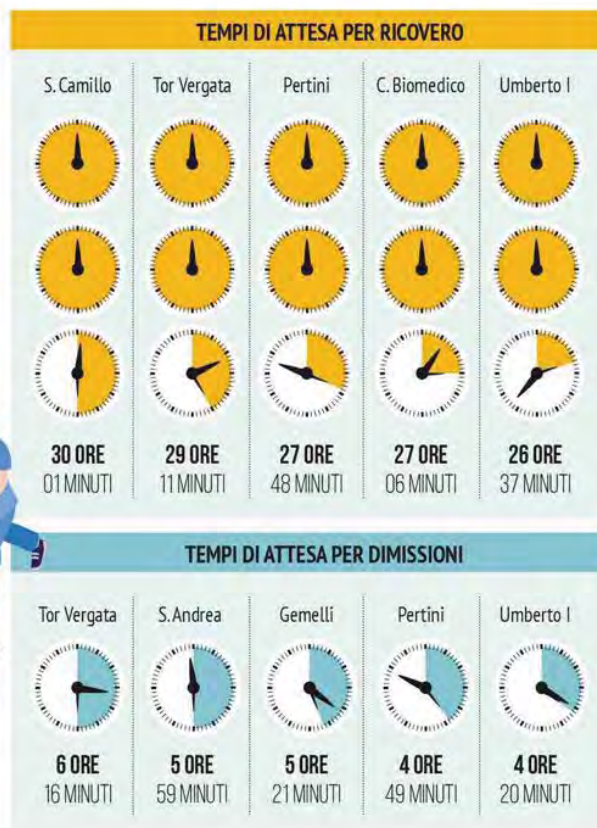
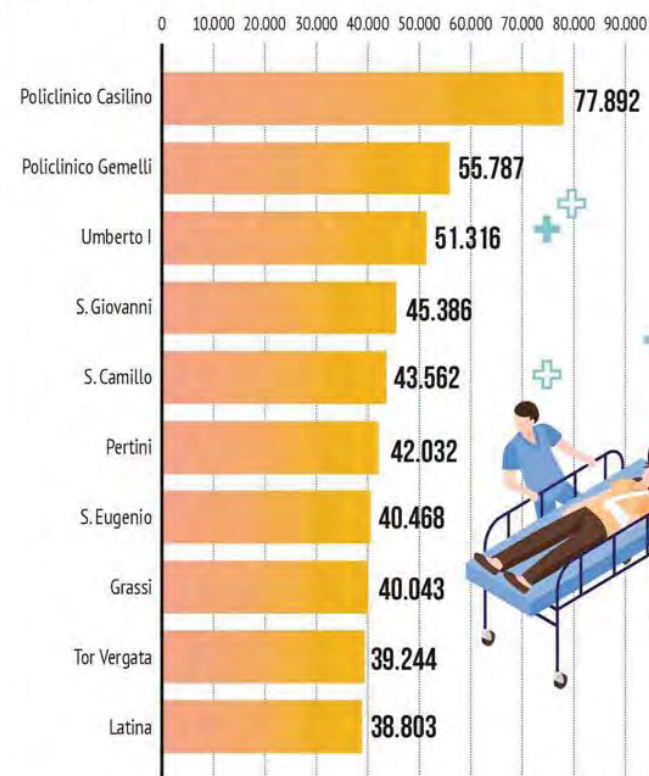
Pronto Soccorso ha valutato come bisognosi di ricovero o trasferimento. Nel 2023 sono stati 229.877 gli accessi nei Ps che sono stati seguiti da ricoveri nei reparti o trasferimenti in altri ospedali. Per questi pazienti la mediana del tempo di permanenza nel Ps è stata di 13 ore e 26 minuti: il 48.45% ha avuto una permanenza inferiore alle 12 ore, per il 32.37% la permanenza in Ps è durata tra le 12 e le 48 ore e per il restante 19.18% la permanenza nelle astanterie è durata oltre 48 ore. In questo caso la maglia nera va al San Camillo-Forlanini, con una media di 30 ore e un minuto, ossia più del doppio della media regionale (13 ore e 26 minuti). Raddoppiata anche in

questo caso sempre dal policlinico Tor Vergata (29 ore e 11 minuti) oltre che dal Pertini (27 ore e 48 minuti), il Campus Biomedico (27.06) e l'Umberto I (26.37). A primeggiare, invece, sul numero degli accessi registrati nel 2023 c'è un altro policlinico del quadrante sud-est della capitale, ma non è il Ptv: è il Casilino. Che lo scorso anno ha scalato anche i due più grandi policlinici, sia pubblico (l'Umberto I) che l'altro privato-convenzionato (il Gemelli) com'è anche la struttura di Via Casilina. La quale ha staccato gli altri due policlinici con uno scarto di oltre 20 mila accessi. Il Casilino ha infatti registrato 77.892 accessi,

raddoppiando così l'altro primato regionale che vanta ormai da diversi anni: quello del numero più alto dei parti nel Lazio (nel 2023 ha registrato 4.688 nascite).

## I 10 PRONTO SOCCORSO CON PIÙ ACCESSI

Anno 2023



WITHUB





# A Napoli una rete per i minori fragili Le terapie? Sono arte, musica e teatro

ANTONIO AVERAIMO  
Napoli

Oltre mille bambini e ragazzi napoletani malati, con disabilità e a rischio esclusione sociale, hanno potuto e potranno ancora sperimentare gli effetti benefici della terapia ricreativa Dynamo, basata su una convinzione di base: la vera cura per i piccoli malati è ridere, e la medicina è l'allegria.

È il progetto, di durata triennale e partito nel maggio 2023, portato avanti dalla Fondazione Dynamo camp Ets in collaborazione con la Fondazione Cassa depositi e prestiti (Cdp). Con un obiettivo ben preciso: realizzare anche a Napoli, come in altre città italiane, un Dynamo city camp, ovvero «uno spazio fisico, permanente e gratuito» capace di offrire ai piccoli napoletani in condizione di fragilità la propria terapia a base di teatro e musica, circo, attività sensoriali e laboratori di arte.

Nei giorni scorsi, le due fondazioni hanno fatto il bilancio del primo anno di attivi-

tà nel capoluogo campano. Il progetto partito l'anno scorso ha goduto del sostegno del Comune di Napoli, che ha offerto i locali della Casa della socialità per il Dynamo city camp estivo iniziato a giugno e ancora in corso. I principali destinatari delle attività portate avanti nel corso dell'ultimo anno a Napoli dalla Fondazione Dynamo camp Ets e dalla Fondazione Cdp sono stati i bambini con gravi patologie e, com'è nella tradizione della terapia ricreativa Dynamo, anche i loro fratelli, le loro sorelle e i loro genitori. Nella rete locale che si è creata nei primi dodici mesi del progetto ci sono anche quattro ospedali cittadini, alcuni dei quali ospitano piccoli malati di cancro: il Pausilipon, il Santobono, il Cardarelli e l'Azienda ospedaliera universitaria Vanvitelli.

Le due fondazioni hanno potuto contare anche sull'appoggio di alcune associazioni del Terzo settore napoletano, soprattutto per la parte che riguarda i minori con disabilità e quelli a rischio esclusione sociale. Lo

staff impegnato nelle attività è composto da 20 persone, molte delle quali sono del posto. Sono stati formati anche 15 operatori e volontari, soprattutto in funzione del camp estivo in corso, dove sono affiancati dallo staff senior.

«Grazie a Fondazione Cdp per il sostegno nello sviluppo dei programmi di Dynamo camp sul territorio a beneficio di bambini fragili e delle loro famiglie – dice Maria Serena Porcari, ceo di Fondazione Dynamo camp Ets –. Insieme abbiamo l'obiettivo di realizzare il primo Dynamo city camp permanente nella città di Napoli, un luogo accessibile e inclusivo, che sia di supporto in modo gratuito alle famiglie dei più fragili. Quest'anno abbiamo posto le basi costruendo una rete sul territorio, lavorando con associazioni radicate e coinvolgendo e formando staff individuato localmente. Abbiamo trovato una grande accoglienza. Grazie anche al Comune e all'assessorato alle Politiche giovanili, Chiara Marciani, per averci ospitato al-

la Casa della socialità, creando nel nostro progetto». Dal 2007, Dynamo camp offre gratuitamente programmi di terapia ricreativa Dynamo a bambini e ragazzi affetti da malattie gravi o croniche, disturbi del neurosviluppo e condizioni di disabilità. Le attività si svolgono presso Dynamo camp e, attraverso i Dynamo programs, in strutture ospedaliere, associazioni, case-famiglia e nei Dynamo city camp presenti in alcune delle principali città italiane, durante l'estate o lungo l'intero arco dell'anno. L'iniziativa fa parte del SeriousFun Children's Network di camp fondati nel 1988 dall'attore Paul Newman, attivi in tutto il mondo.

## IL PROGETTO

Dynamo Camp e Fondazione Cdp hanno aperto da un anno uno spazio dedicato ai bambini con disabilità, malati o emarginati e alle loro famiglie: in corso il centro estivo, in collaborazione con Comune, ospedali e associazioni



Un'operatrice e un ospite del "Dynamo city camp" di Napoli. Partito nel maggio dello scorso anno, il progetto ha una durata triennale

