

2 gennaio 2025

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

The ANSA logo consists of the word "ANSA" in a bold, white, sans-serif font, centered within a solid green rectangular background.

/ Regione Campania

Sanità privata, strutture riabilitative annunciano stato crisi

Tredici sigle contro nuove tariffe rimodulate dalla Regione

NAPOLI, 20 dicembre 2024, 09:34
Redazione ANSA

↑ - RIPRODUZIONE RISERVATA

"L e nuove tariffe rimodulate dalla Regione per le prestazioni dei servizi sanitari e sociosanitari rischiano di compromettere la qualità, la sostenibilità e la disponibilità delle cure per la salute dei cittadini della Campania". È la convinzione di tredici associazioni di categoria, rappresentanti di strutture territoriali della sanità privata (Aias, Aiop Campania, Anaste, Anffas Campania, Anisap, Anpric, Aris Campania, Aspat, Aisic-associazione imprese sanitarie in Campania, Confapi, Confindustria Napoli, Fedisalute e Nova Campania) che, attraverso una lunga missiva, annunciano "l'adozione dello stato di crisi da parte delle strutture riabilitative e sociosanitarie, preannunciando l'attuazione di tutte le azioni che saranno valutate utili e opportune per contestare lo sleale comportamento della parte pubblica".

La presa di posizione segue un incontro che si è tenuto lo scorso 9 dicembre presso gli uffici regionali del Centro Direzionale di Napoli: "Nel corso del quale - sottolineano le sigle firmatarie - abbiamo subito un'inaccettabile mortificazione".

"Le associazioni di categoria - si legge ancora - esprimono forte preoccupazione per il mancato aggiornamento delle tariffe dei servizi riabilitativi e sociosanitari della Regione Campania, in un momento in cui si parla di rafforzare i servizi di prossimità e soprattutto alla luce dei notevoli incrementi dei contratti collettivi nazionali del lavoro e dell'aumento generalizzato dei costi della vita".

"Con questa manovra di 'risparmio a tutti i costi' da parte della Regione Campania su servizi essenziali ed indifferibili - prosegue la missiva - si mette a rischio la sostenibilità delle aziende che quotidianamente si prendono cura delle persone più fragili, delle persone con disabilità, degli anziani, nelle aree della salute mentale e della non autosufficienza".

21/12/2024

SANITÀ PRIVATA, SÌ A STATO CRISI

"Le nuove tariffe rimodulate dalla Regione per le prestazioni dei servizi sanitari e sociosanitari rischiano di compromettere la qualità, la sostenibilità e la disponibilità delle cure per la salute dei cittadini della Campania". È la convinzione di tredici associazioni di categoria, rappresentanti di strutture territoriali della sanità privata (Aias, Aiop Campania, Anaste, Anffas Campania, Anisap, Anpric, **Aris** Campania, Aspat, Aisic-associazione imprese sanitarie in Campania, Confapi, Confindustria Napoli, Fedisalute e Nova Campania) che, attraverso una lunga missiva, annun-

ciano "l'adozione dello stato di crisi da parte delle strutture riabilitative e sociosanitarie, preannunciando l'attuazione di tutte le azioni che saranno valutate utili e opportune per contestare lo sleale comportamento della parte pubblica". La presa di posizione segue un incontro che si è tenuto il 9 dicembre presso gli uffici regionali del Centro Direzionale di Napoli



21/12/2024

Il fatto - La rimodulazione delle tariffe da parte della Regione potrebbe incidere sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini

Adottato lo stato di crisi da parte delle strutture riabilitative e sociosanitarie

Indetto lo stato di crisi dalle strutture sanitarie e sociosanitarie campane relativamente alle nuove tariffe stabilite dalla Regione Campania. Secondo le associazioni di categoria, la rimodulazione dei servizi sanitari e sociosanitari, rischia di compromettere la qualità, la sostenibilità e la disponibilità delle cure per la salute dei cittadini campani. La decisione sull'adozione dello stato di crisi delle strutture interessate è spiegata in un comunicato stampa a firma delle diverse associazioni di categoria. "Le scriventi Associazioni di categoria (Aias, Aiop Campania, Anaste, Anffas Campania, Anisap, Anpric, **Aris** Campania, Aspat, Aisic - Associazione Imprese Sanitarie in Campania, Confapi, Confindustria Napoli, Fedisalute e Nova Campania) - si legge - rappresentano

le strutture territoriali della sanità privata che erogano prestazioni riabilitative e sociosanitarie in regime di accreditamento, contribuendo a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) ai cittadini campani. Per tutto ciò, le predette strutture sono parte integrante dell'offerta sanitaria pubblica campana, erogando per conto del Servizio Sanitario Regionale la quasi totalità delle prestazioni riabilitative e sociosanitarie". La questione, posta dalle associazioni, riguarda le tariffe: "Le nuove tariffe rimodulate e proposte dalla Regione Campania alle Associazioni di categoria per le prestazioni dei servizi sanitari e socia-

nitari rischiano di compromettere la qualità, l'appropriatezza, la sostenibilità e la disponibilità delle cure per la salute dei cittadini della Regione Campania. È la preoccupazione espressa dalle Associazioni di categoria, dopo l'incontro che si è tenuto lo scorso 9 dicembre presso gli uffici regionali del Centro Direzionale di Napoli, nel corso del quale le stesse hanno subito un'inaccettabile mortificazione. Dopo un anno di lavoro, esattamente da dicembre 2023, con i dirigenti regionali e i tecnici della KPGM Advisory e dopo essere pervenuti a un condiviso indice di incremento delle tariffe regionali, le Associazioni di categoria hanno ricevuto da parte della Regione una mortificante proposta che prevedeva un aggiornamento tariffario irrisorio e totalmente inadeguato. Addirittura si è palesato lo scenario di un aggiornamento tariffario ad invarianza dei tetti di spesa, con il risultato di ridurre anche il numero delle prestazioni regionali, in completa antitesi alla normativa sullo smaltimento delle liste d'attesa. Le associazioni di categoria esprimono forte preoccupazione per il mancato aggiornamento delle tariffe dei servizi riabilitativi e sociosanitari della Regione Campania in un momento in cui si parla di rafforzare i servizi di prossimità e soprattutto alla luce dei notevoli incrementi dei contratti collettivi nazionali del lavoro e dell'aumento generalizzato dei costi della vita. Con que-

sta manovra di risparmio a tutti i costi da parte della Regione Campania su servizi essenziali ed indifferibili, si mette a rischio la sostenibilità delle aziende che quotidianamente si prendono cura delle persone più fragili, delle persone con disabilità, degli anziani, nelle aree della salute mentale, e della non autosufficienza, tra l'altro in spregio della sentenza 62/2020 con la quale la Corte Costituzionale ha affermato il principio secondo cui le prestazioni sanitarie di natura fondamentale non possono essere finanziariamente condizionate e confermando la primazia della tutela sanitaria". E poi: "Tale orientamento risulta altresì confermato dalla medesima Corte con la recente sentenza n. 195/2024, propiziata proprio da un ricorso della Regione Campania, nella quale si afferma che, per far fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte rispetto a quelle indirizzate a soddisfare il fondamentale diritto alla salute, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela delle fasce più deboli della popolazione. Ne discende che le strutture private accreditate dovrebbero ricevere finanziamenti sufficienti ed adeguati alla remunerazione dei servizi resi e programmati. Invece, nel caso di specie, la Regione Campania chiede alle strutture accredi-

tate di sostenere alti livelli di qualità e onerosi requisiti ma nel contempo rifiuta di remunerarli in maniera adeguata". La rimodulazione, quindi, andrebbe a ricadere sul servizio offerto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie. "La preoccupazione, infatti, - continua il comunicato - è che l'inadeguata revisione delle tariffe e la paventata riduzione delle prestazioni porterà inevitabilmente non solo ad un abbassamento della Qualità di Vita dei cittadini della Regione Campania, ma anche al rischio di compromettere la capacità di sostenere il reddito

dei lavoratori impegnati quotidianamente in questo settore che rischierebbero di non fornire un'assistenza adeguata alle fasce più deboli della popolazione". Relativamente a quanto esposto, le associazioni di categoria, hanno intrapreso una iniziale azione congiunta: "Nel prendere atto della proposta inadeguata e della totale chiusura a qualsivoglia utile soluzione da parte della Regione Campania, le Associazioni di categoria sono obbligate a comunicare l'adozione dello stato di crisi da parte delle strutture riabilitative e sociosanitarie, prean-

nunciando l'attuazione di tutte le azioni che saranno valutate utili e opportune per contestare lo sleale comportamento della parte pubblica".

Giuseppe Colamonaco

Sanità privata. Campania: allarme delle associazioni di categoria per la sostenibilità delle cure

Problemi nella sanità





NUOVE TARIFFE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI IN REGIONE CAMPANIA: ALLARME DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA PER LA SOSTENIBILITA' DELLE CURE

📅 DICEMBRE 20, 2024 👤 REDAZIONE | 📍 ALLARME, ASSOCIAZIONI, CAMPANIA, CATEGORIA, SALERNO, SANITÀ

Le Associazioni di categoria rappresentano le strutture territoriali della sanità privata che erogano prestazioni riabilitative e sociosanitarie in regime di accreditamento, contribuendo a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) ai cittadini campani. Per tutto ciò, le predette strutture sono parte integrante dell'offerta sanitaria pubblica campana, erogando per conto del Servizio Sanitario Regionale la quasi totalità delle prestazioni riabilitative e sociosanitarie.

Ciò premesso, le nuove tariffe rimodulate e proposte dalla Regione Campania alle Associazioni di categoria per le prestazioni dei servizi sanitari e sociosanitari rischiano di compromettere la qualità, l'appropriatezza, la sostenibilità e la disponibilità delle cure per la salute dei cittadini della Regione Campania.

È la preoccupazione espressa dalle Associazioni di categoria, dopo l'incontro che si è tenuto lo scorso 9 dicembre presso gli uffici regionali del Centro Direzionale di Napoli, nel corso del quale le stesse hanno subito un'inaccettabile mortificazione.

Dopo un anno di lavoro, esattamente da dicembre 2023, con i dirigenti regionali e i tecnici della KPGM Advisory e dopo essere pervenuti a un condiviso indice di incremento delle tariffe regionali, **Le Associazioni di categoria hanno ricevuto da parte della Regione una mortificante proposta che prevedeva un aggiornamento tariffario irrisorio e totalmente inadeguato. Addirittura si è palesato lo scenario di un aggiornamento tariffario ad invarianza dei tetti di spesa, con il risultato di ridurre anche il numero delle prestazioni regionali**, in completa antitesi alla normativa sullo smaltimento delle liste d'attesa.

Le associazioni di categoria esprimono forte preoccupazione per il mancato aggiornamento delle tariffe dei servizi riabilitativi e sociosanitari della Regione Campania in un momento in cui si parla di rafforzare i servizi di prossimità e soprattutto alla luce dei notevoli incrementi dei contratti collettivi nazionali del lavoro e dell'aumento generalizzato dei costi della vita.

Con questa manovra di **"risparmio a tutti i costi"** da parte della Regione Campania su servizi essenziali ed indifferibili, si mette a rischio la sostenibilità delle aziende che quotidianamente si prendono cura delle persone più fragili, delle persone con disabilità, degli anziani, nelle aree della salute mentale, e della non autosufficienza, tra l'altro in spregio della sentenza 62/2020 con la quale la Corte Costituzionale ha affermato il principio secondo cui le prestazioni sanitarie di natura fondamentale non possono essere "finanziariamente" condizionate e confermando la primazia della tutela sanitaria.

Tale orientamento risulta altresì confermato dalla medesima Corte con la recente sentenza n. 195/2024, propiziata proprio da un ricorso della Regione Campania, nella quale si afferma che, per far fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte rispetto a quelle indirizzate a soddisfare il fondamentale diritto alla salute, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela delle fasce più deboli della popolazione.

Ne discende che le strutture private accreditate dovrebbero ricevere finanziamenti sufficienti ed adeguati alla remunerazione dei servizi resi e programmati. Invece, nel caso di specie, la Regione Campania chiede alle strutture accreditate di sostenere alti livelli di qualità e onerosi requisiti ma nel contempo rifiuta di remunerarli in maniera adeguata.

La preoccupazione, infatti, è che l'inadeguata revisione delle tariffe e la paventata riduzione delle prestazioni porterà inevitabilmente non solo ad un abbassamento della Qualità di Vita dei cittadini della Regione Campania, ma anche al rischio di compromettere la capacità di sostenere il reddito dei lavoratori impegnati quotidianamente in questo settore che rischierebbero di non fornire un'assistenza adeguata alle fasce più deboli della popolazione.

Nel prendere atto della proposta inadeguata e della totale chiusura a qualsivoglia utile soluzione da parte della Regione Campania, le Associazioni di categoria sono obbligate a comunicare l'adozione

dello stato di crisi da parte delle strutture riabilitative e
sociosanitarie, preannunciando l'attuazione di tutte le azioni che
saranno valutate utili e opportune per contestare lo sleale
comportamento della parte pubblica.

Firmato

Aias

Aiop Campania

Anaste

Anffas Campania

Anisap

Anpric

Aris Campania

Aspat

Aisic – Associazione Imprese Sanitarie in Campania

Confapi

Confindustria Napoli

Fedisalute

Nova Campania



Tempo di lettura: < 1 minuto

Le nuove tariffe rimodulate dalla **Regione Campania** per le prestazioni dei servizi sanitari e sociosanitari rischiano di compromettere la qualità, la sostenibilità e la disponibilità delle cure per la salute dei cittadini della Regione Campania. E' la motivazione che le Associazioni di categoria che rappresentano le strutture territoriali della sanità privata che erogano prestazioni riabilitative e sociosanitarie in regime di accreditamento hanno denunciato alla base delle protesta annunciata in un documento sottoscritto da tutte le sigle: Aias, Aiop Campania, Anaste, Anffas Campania, Anisap, Anpric, Aris Campania, Aspat, Aisic – Associazione Imprese Sanitarie in Campania, Confapi, Confindustria Napoli, Fedisalute, Nova Campania. *"Nel prendere atto della proposta inadeguata e della totale chiusura a qualsivoglia utile soluzione da parte della Regione Campania, le Associazioni di categoria sono obbligate a comunicare l'adozione dello stato di crisi da parte delle strutture riabilitative e sociosanitarie, preannunciando l'attuazione di tutte le azioni che saranno valutate utili e opportune per contestare lo sleale comportamento della parte pubblica"* si legge nella nota.



Regione | Economia | Primo Piano

Nuove tariffe dei servizi sanitari in Campania, l'allarme delle associazioni di categoria

Di Redazione - 30 Dicembre 2024

Tempo di lettura: 4 minuti

Le scriventi Associazioni di categoria rappresentano le strutture territoriali della sanità

privata che erogano prestazioni riabilitative e sociosanitarie in regime di accreditamento, contribuendo a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) ai cittadini campani. Per tutto ciò, le predette strutture sono parte integrante dell'offerta sanitaria pubblica campana, erogando per conto del Servizio Sanitario Regionale la quasi totalità delle prestazioni riabilitative e sociosanitarie.

Ciò premesso, **le nuove tariffe rimodulate e proposte dalla Regione Campania alle Associazioni di categoria per le prestazioni dei servizi sanitari e sociosanitari rischiano di compromettere la qualità, l'appropriatezza, la sostenibilità e la disponibilità delle cure per la salute dei cittadini della Regione Campania.**

È la preoccupazione espressa dalle Associazioni di categoria, dopo l'incontro che si è tenuto lo scorso 9 dicembre presso gli uffici regionali del Centro Direzionale di Napoli, nel corso del quale le stesse hanno subito un'inaccettabile mortificazione.

Dopo un anno di lavoro, esattamente da dicembre 2023, con i dirigenti regionali e i tecnici della KPGM Advisory e dopo essere pervenuti a un condiviso indice di incremento delle tariffe regionali, **le Associazioni di categoria hanno ricevuto da parte della Regione una mortificante proposta che prevedeva un aggiornamento tariffario irrisorio e totalmente inadeguato. Addirittura si è palesato lo scenario di un aggiornamento tariffario ad invarianza dei tetti di spesa, con il risultato di ridurre anche il numero delle prestazioni regionali**, in completa antitesi alla normativa sullo smaltimento delle liste d'attesa.

Le associazioni di categoria esprimono forte preoccupazione per il mancato aggiornamento delle tariffe dei servizi riabilitativi e sociosanitari della Regione Campania in un momento in cui si parla di rafforzare i servizi di prossimità e soprattutto alla luce dei notevoli incrementi dei contratti collettivi nazionali del lavoro e dell'aumento generalizzato dei costi della vita.

Con questa manovra di **"risparmio a tutti i costi"** da parte della Regione Campania su servizi essenziali ed indifferibili, si mette a rischio la sostenibilità delle aziende che quotidianamente si prendono cura delle persone più fragili, delle persone con disabilità, degli anziani, nelle aree della salute mentale, e della non autosufficienza, tra l'altro in spregio della sentenza 62/2020 con la quale la Corte Costituzionale ha affermato il principio secondo cui le prestazioni sanitarie di natura fondamentale non possono essere "finanziariamente" condizionate e confermando la primazia della tutela sanitaria.

Tale orientamento risulta altresì confermato dalla medesima Corte con la recente sentenza n. 195/2024, propiziata proprio da un ricorso della Regione Campania, nella quale si afferma che, per far fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte rispetto a quelle indirizzate a soddisfare il fondamentale diritto alla salute, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela delle fasce più deboli della popolazione.

Ne discende che le strutture private accreditate dovrebbero ricevere finanziamenti sufficienti ed adeguati alla remunerazione dei servizi resi e programmati. Invece, nel caso di specie, la Regione Campania chiede alle strutture accreditate di sostenere alti livelli di qualità e onerosi requisiti ma nel contempo rifiuta di remunerarli in maniera adeguata.

La preoccupazione, infatti, è che l'inadeguata revisione delle tariffe e la paventata riduzione delle prestazioni porterà inevitabilmente non solo ad un abbassamento della Qualità di Vita dei cittadini della Regione Campania, ma anche al rischio di compromettere la capacità di sostenere il reddito dei lavoratori impegnati quotidianamente in questo settore che rischierebbero di non fornire un'assistenza adeguata alle fasce più deboli della popolazione.

Nel prendere atto della proposta inadeguata e della totale chiusura a qualsivoglia utile soluzione da parte della Regione Campania, le Associazioni di categoria sono obbligate a comunicare l'adozione dello stato di crisi da parte delle strutture riabilitative e sociosanitarie, preannunciando l'attuazione di tutte le azioni che saranno valutate utili e opportune per contestare lo sleale comportamento della parte pubblica.

Firmato Aias, Aiop Campania, Anaste, Anffas Campania, Anisap, Anpric, **Aris** Campania, Aspat, Aisic – Associazione Imprese Sanitarie in Campania, Confapi, Confindustria Napoli, Fedisalute, Nova Campania



la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo



Giovedì 2 gennaio 2025

Abbon. 2025 €1,70

Mattarella e l'appello agli italiani a partecipare

di Massimo Giannini

Al suo decimo Capodanno al Quirinale, Sergio Mattarella celebra questa sua virtuosa anomalia con un'intensa lezione di "patriottismo costituzionale" rivolta al Paese e al Palazzo. In un'ottica governo-centrica, gli auguri di Capodanno avranno ugualmente deluso quelli che a destra aspettavano carote e a sinistra auspicavano bastoni. Il Capo dello Stato vola molto più su delle misere beghe quotidiane con le quali negli incunaboli del potere romano la democrazia liberale svlisce in "crazia dei mediocri", secondo una vecchia formula cara a Salvemini e a Bobbio. Il presidente della Repubblica guarda a orizzonti più lontani. Parla a tutti noi - donne e uomini che vivono un tempo squassato da tragedie epocali e ingiustizie sociali - con il linguaggio di una politica alta e "altra" rispetto a quella che tracima ogni giorno dalle quinte televisive e dalle gazzette di regime, tra social network avvelenati dalla bugia e dal rancore e ir-reality show dominati dalla pornografia del dolore. Evoca principi universali e valori trasversali, sui quali siamo nati come nazione libera e sovrana, sui quali abbiamo scritto la nostra Legge fondamentale e sui quali sempre dovremmo fondare il nostro modo di vivere, da italiani in Europa e da europei nel mondo. Tutto richiama la Costituzione Repubblicana: viva e vitale, ma inattuata o tradita.

segue a pagina 23

3 gennaio 1925

Nascita di una dittatura

di Antonio Scurati

Nel pomeriggio del 3 gennaio 1925 l'aula di Montecitorio è gremita. Ci sono tutti e tutti attendono l'evento: la caduta del fascismo. Come a teatro, nel loggione e sui palchi riservati al pubblico si affollano centinaia di giornalisti, membri della



corte, del clero, della borghesia e del popolo romano. Folti drappelli di squadristi torvi, armati e vocanti attendono, invece, un segnale: il solito, ancestrale, risaputo segno nero della violenza assassina.

a pagina 25



Il Venerdì Domani in edicola con la copertina sulla miniserie tv

LA STRAGE NEGLI USA

Terrore a New Orleans

Nella notte di San Silvestro un pick up lanciato sulla folla di Bourbon Street fa 15 morti e 35 feriti. Ucciso l'attentatore, un ex militare texano. Nell'auto e nelle strade vicine trovati ordigni esplosivi e armi

Il killer con la bandiera dell'Isis. In un video i complici con le bombe



dal nostro corrispondente Paolo Mastrolilli e di Massimo Basile a pagine 2, 3 e 4

L'attentatore
Il texano Shamsud-Din Bahar Jabbar di 42 anni era un ex militare Usa



La città dei fantasmi

di Gabriele Romagnoli

New Orleans è l'ombra di una città. Sorge sull'invisibile terra di confine tra la vita e la morte.

a pagina 5

Wherever you go.

"L'inverno apre nuovi orizzonti."

Scopri l'avventura di Hervé Barmasse su montura.com

Cecilia Sala in cella a Teheran

Costretta a dormire per terra

di Tommaso Ciriaco e Giuliano Foschini

Cecilia Sala ha bisogno del suo paese, l'Italia. La giornalista ha potuto telefonare ieri, dopo giorni di silenzio, alla sua famiglia, per raccontare delle sue condizioni e chiedere un intervento: «Bisogna fare molto in fretta» ha ripetuto più volte. Chi ha parlato con i suoi genitori, che stanno gestendo questi giorni difficilissimi nel massimo riserbo, li ha trovati molto preoccupati.

a pagina 11



Cecilia Sala

Roma

Obblighi violati Alemanno arrestato a Capodanno

di Cerami e Ossino

a pagina 13

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06 688291

FONDATA NEL 1876

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

SANMARCO INFORMATICA



Domani su 7
Giorgia Meloni
«Il mio 2025»
di Fiorenza Sarzanini
nel magazine del Corriere



Inter, Atalanta, Milan e Juve
Guida alle sfide
della Supercoppa
di Paolo Condò
alle pagine 42 e 43

SANMARCO INFORMATICA

Geopolitica

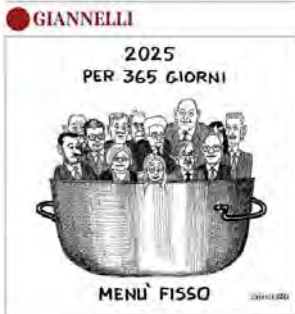
L'EUROPA DEVE CAMBIARE

di Lucrezia Reichlin

Il 2025 si apre per l'Europa con più domande che risposte. Siamo ormai tutti consapevoli che il mondo è cambiato e l'Europa non può più contare sulla «pax americana» che le ha garantito mercati per l'export e l'ha protetta militarmente.

La prima osservazione è che, nonostante il vantaggio che noi europei avremmo a trovare risposte comuni nel nuovo contesto, questa strategia è limitata dal fatto di non essere una federazione, ma un'unione in cui la maggior parte delle competenze è degli stati sovrani, stati spesso divisi da interessi diversi e in un contesto in cui la «polis» rimane sostanzialmente nazionale.

GIOVANNI ALLEVI
I NOVE DONI
Sulla via della felicità
in libreria SOLFERINO



Trovati ordigni artigianali e una bandiera dello Stato islamico. L'Fbi indaga per terrorismo. Trump attacca sui migranti

L'auto lanciata a tutta velocità contro la folla che stava festeggiando il Capodanno a Bourbon Street, nel quartiere francese di New Orleans. Poi, dopo aver straziato le vittime e prima di essere a sua volta ucciso, è sceso dal pick-up impugnando un fucile d'assalto e ha iniziato a sparare fucinandosi la strage.

Il pick-up preso a noleggio, l'«azione tagliaerba» contro la folla che festeggiava felice in strada. Ecco come Jabbar ha pianificato e realizzato l'attentato in una data simbolica. Una tattica comune, ma il texano aveva con sé anche ordigni rudimentali. Era solo?

Sanità, clima, carceri: scossa di Mattarella «Patriota chi s'impegna e aiuta gli altri»

IL DISCORSO DEL PRESIDENTE Il Colle e la scelta dei temi concreti

Il pensiero va soprattutto e anzitutto alle difficoltà e alle speranze dei nostri concittadini». Questo disse Sergio Mattarella quando fu eletto il 31 gennaio 2015.

di Paola Di Caro e Monica Guerzoni
Il rispetto, la speranza, l'urgenza della pace, il diritto di ciascuno a potersi curare, il dovere di prendersi cura del clima. Il faro della Costituzione e il messaggio ai politici su cosa sia Patria. E, ancora, la preoccupazione per Cecilia Sala, la troppa violenza tra i giovani. Un plauso bipartisan per il discorso di Mattarella.

VIOLATI I SERVIZI SOCIALI DA SUOR PAOLA L'arresto di Alemanno, vita da ex (di mille stagioni)

Arrestato l'ex sindaco di Roma Gianni Alemanno, ha violato gli obblighi di sorveglianza. Vita controversa la sua, dall'Msi alla croce celtica, pro e contro Meloni.

Strage negli Usa, l'ombra dell'Isis

New Orleans, auto contro la folla: almeno 15 morti e 30 feriti. L'attentatore ucciso dalla polizia

L'auto lanciata a tutta velocità contro la folla che stava festeggiando il Capodanno a Bourbon Street, nel quartiere francese di New Orleans. Poi, dopo aver straziato le vittime e prima di essere a sua volta ucciso, è sceso dal pick-up impugnando un fucile d'assalto e ha iniziato a sparare fucinandosi la strage.



Il pick-up, con dietro la bandiera dell'Isis coperta dagli agenti, lanciato sulla folla da Shamsud-Din Jabbar, 42 anni, texano

La preparazione, l'«ariete» e i corpi falciati

Il pick-up preso a noleggio, l'«azione tagliaerba» contro la folla che festeggiava felice in strada. Ecco come Jabbar ha pianificato e realizzato l'attentato in una data simbolica. Una tattica comune, ma il texano aveva con sé anche ordigni rudimentali. Era solo?

IL RESPONSABILE, 42ENNE DEL TEXAS Jabbar, il veterano e i dubbi sui complici

Congedato «con onore dall'esercito», servito per oltre dieci anni. Chi è davvero Shamsud-Din Jabbar, 42enne con residenza in Texas. I problemi finanziari, il tiro a segno con due uomini misteriosi.

LO STOP ALLE FORNITURE Mosca e la Ue alla seconda guerra del gas

Per mezzo secolo l'Ucraina ha assicurato il passaggio del gas siberiano verso i territori che oggi formano l'Unione europea. Da ieri, non più.

LA DENUNCIA DI OMEONGA L'ex del Genoa: «Picchiato dagli agenti»

La denuncia dell'ex calciatore del Genoa Omeonga: «A Fiumicino sono stato picchiato dalla polizia». Gli agenti: «Era nella black-list di Israele».

«Io, reclusa in Iran: dormo per terra»

Il dramma della giornalista Sala. Le pressioni della Farnesina su Teheran: liberatela subito

L'Italia chiede a Teheran la «liberazione immediata» della giornalista Cecilia Sala ed esige «garanzie totali sulle condizioni» della detenzione. È stata l'ambasciatrice italiana a trasferire la nota verbale della Farnesina al governo iraniano. E Cecilia implora che si faccia in fretta: «Dormo per terra, mi trattano male, sono sorvegliata, isolata. Ho solo una coperta...».

PARLA GORNO TEMPINI (CDP) «Stato e imprese Così si cresce»

«Parlare di economia spesso si riduce a parlare di numeri. Ma è un errore — dice Gorno Tempini, presidente di Cassa depositi e prestiti — al Paese per crescere servono Stato, imprese e competenze».

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

IL CAOS AL VEGLIONE

Lancini: i botti in piazza per rendersi più visibili

FRANCO GIUBILEI



La buona notizia, se così si può dire, è che nei festeggiamenti per il nuovo anno non ci sono stati morti, anche se ci sarebbero potuti essere, con dodici persone colpite da armi da fuoco. - PAGINA 18

I CONCERTI DELLE POLEMICHE

Il triste show di Tony Effe e l'urlo dei Riechi e Poveri

ASSIA NEUMANN DAYAN



La notte di Capodanno è andata in scena la pagina più punk della musica italiana, una cosa tra Sid Vicious che scende le scale cantando «My way» e Ozzy Osbourne che mangia un pipistrello. D'ANGELO - PAGINE 22 E 27

SOLO NEI MIGLIORI BAR

LA STAMPA

GIOVEDÌ 2 GENNAIO 2025

CAFFÈ COSTADORO TORINO 1890

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 159 II N.1 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.INL.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

LA GEOPOLITICA

Kiev chiude i rubinetti stop al gas da Mosca "In bolletta si rischia una stangata del 30%"

AGLIASTRO, BONINI, GORIA



Il gas russo diretto in Europa non passerà più dai metanodotti ucraini: una svolta che è una diretta conseguenza dell'aggressione militare russa contro l'Ucraina. E che secondo diversi osservatori rappresenta il tramonto di un'epoca: quella in cui Mosca dominava incontrastata il mercato. - PAGINE 4-7

L'ANALISI

Perché le rinnovabili non possono bastare

DAVIDE TABARELLI

Il primo gennaio 2025 è cessato il transito attraverso l'Ucraina che per 50 anni ci ha portato il gas dalla Siberia alle case di tutta Europa. Il contratto prevedeva volumi di 15 miliardi di metri cubi all'anno. - PAGINA 7

LA MANOVRA

Tre anni di Melonomics così l'Italia resta ferma

VERONICA DEROMANIS

Il tratto distintivo del governo Meloni è la stabilità. Il Paese è stabile da diversi punti di vista, incluso quello economico. Un bene. Tuttavia, la stabilità può trasformarsi in immobilismo. - PAGINA 23

IL KILLER, UN EX MILITARE AMERICANO, AVEVA UNA BANDIERA DELLO STATO ISLAMICO

La strage di New Orleans Ritorna l'incubo dell'Isis

Con l'auto sulla folla che festeggia il Capodanno: almeno 15 morti e decine di feriti

IL COMMENTO

Quell'America divisa ostaggio della violenza

ALAN FRIEDMAN



Ancora una volta, gli Stati Uniti hanno iniziato il nuovo anno con un'orribile violenza. Questa volta è accaduto a New Orleans, tre ore dopo lo scoccare della mezzanotte. Una cosa è chiara: l'America è un Paese tormentato. - PAGINA 23

FRANCESCO SEMPRINI, SIMONA STRI



Un pick-up piomba sulla folla che a New Orleans festeggia il Capodanno: è strage, almeno 15 morti e 35 feriti. Nell'auto dell'attentatore una bandiera dell'Isis. - PAGINE 2 E 3

IL RACCONTO

Se Gaza sotto le bombe rimane senza ospedali

FRANCESCA MANNOCCI



Erano quindici persone a essere state uccise e più di venti ferite in un attacco israeliano a Jabalia, nel nord di Gaza. La città e il campo profughi di Jabalia sono obiettivi dell'offensiva israeliana che ha posto sotto assedio il nord della Striscia. - PAGINA 12

IL CASO

La scossa di Mattarella su pace, salute e diritti Il governo avvisa l'Iran "Liberate Cecilia Sala"

DE ANGELIS, LOMBARDO, MAGRI



Il messaggio del presidente agli italiani è stato visto da 10 milioni 725 mila telespettatori, quasi 100 mila in più dell'anno precedente (senza calcolare radio e web). Cresce pure lo share, cioè la percentuale di quanti hanno seguito il discorso: dal 65,1 al 68,3%. CON IL TACCUINO DI SORGI - PAGINE 8 E 9

IL PERSONAGGIO

Addio a Paolo Vitelli il signore degli yacht

LEONARDO DI PAÇO



«Sono nato con due passioni: nautica e business». Era questo il mondo di Paolo Vitelli, fondatore di Azimut Benetti, la più grande fabbrica di megayacht del mondo, scomparso a 77 anni causa di un incidente domestico nella sua casa ad Ayas in Valle d'Aosta, nella frazione di Mascognaz. Gli esordi a Torino con un ufficio nella zona del parco del Valentino per affittare le barche a vela, poi il salto nella cantieristica. - PAGINA 19

TORINO, MORTA IN UN ROGO A 25 ANNI. LA TESTIMONIANZA DELL'AMICO: L'HA FATTO PER SALVARE I GENITORI

Il sacrificio di Ivanah

ELISA SOGLA



L'amore che ci trasforma in eroi

MARIA ROSA TOMASELLO

I RACCONTI

Viviamo l'era delle macerie ma non durerà per sempre

MAURIZIO MAGGIANI

Lo so che non è bello proprio oggi, il più ovvio tra i giorni augurali, lo so che è sommamente disturbante contraddire la buona maniera che ci pretende ben coperti al riparo di un po' di benedice smemoratazza finché non si fa Epifania e tutte le feste se le porta via. - PAGINA 20



Ogni nuovo inizio è poesia bisogna tornare a sperare

VITO MANCUSO

C'è sempre un che di magico e di fatato all'inizio dell'anno, l'umanità l'ha avvertito da sempre e per questo ha configurato quello straordinario rito di passaggio che sono l'ultimo e il primo dell'anno, la notte più rumorosa e la mattina più silenziosa di tutte. - PAGINA 21





Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 147 - N° 1 Sped. in AP. 03/03/2020 con L.46/2004 art.1 c) DCB/04

NAZIONALE



Giovedì 2 Gennaio 2025 • ss. Basilio e Gregorio

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Aveva 77 anni Incidente in casa morto Vitelli patron di Azimut

Ursicino a pag.14



Parla Shevchenko «Calcio tra le bombe Abbiamo perso 200 tra giocatori e staff»

Cabras nello Sport



Giacomo Poretti «La mia storia con Aldo e Giovanni diventerà un film»

Cappa a pag.21



L'editoriale OTTIMISMO ATTIVO LA LEZIONE DEL COLLE

Ferdinando Adornato

Le opinioni pubbliche sono lacerate. Faglie profonde attraversano le nostre società... che generano smarrimento, sgomento, talvolta senso di impotenza. Con questo allarmato avvertimento Sergio Mattarella ci ha accompagnato fuori dal 2024. E per superare le radicali contrapposizioni che in tutto il mondo dilanano il discorso pubblico, il Presidente ha usato più volte tre piccole, e insieme grandi, parole: rispetto, speranza, fiducia. Le ha ripetute con inquietante insistenza, quasi suggerendo che non si riuscirà a trovare la via d'uscita dalla crisi che affliggono il mondo senza riabbracciare parole dimenticate e riabbracciare valori perduti. Lo stesso forte richiamo al patriottismo, declinato come figlio di una manzoniana operosità di tutto il popolo, dai militari ai medici del pronto soccorso, fino agli insegnanti e agli immigrati che amano la nostra terra, non è certo stato un semplice espediente retorico. Ma il filo di un pensiero che invita tutti gli italiani, alla fiducia e alla speranza. A credere in se stessi.

In sostanza, il vero «buon proposito» indicato da Mattarella per l'anno nuovo, insieme ai grandi obiettivi planetari, dalla conquista della pace al contenimento del climate change, è sembrato essere quello di indicare la via di una «nuova alfabetizzazione» che torni ad unire classi dirigenti e opinioni pubbliche. Risolvere il «vocabolario della convivenza» (per «riorientarla» come ha detto) questo è (...)

Continua a pag. 16

Stop al gas russo. Bruxelles: altri quattro fornitori

► Da ieri Kiev ha chiuso i rubinetti verso l'Europa

ROMA Zelensky ha mantenuto la promessa: da ieri, il gas russo non transita più per l'Ucraina. «Una delle più grandi sconfitte di Mosca», ha scritto sui social. E l'Ue punta su quattro «rotte alternative».

Ventura e Vita alle pag. 4 e 5

Messaggio di fine anno, boom di ascolti

Mattarella: «C'è una urgenza di pace» Ed elogia il patriottismo «quotidiano»

Andrea Bulleri

Si apre con l'auspicio della pace, che «grida la sua urgenza». E



si chiude con un invito alla speranza, «ad agire», il discorso di fine anno di Sergio Mattarella. A pag. 6 Vanzana a pag. 6

Il braccio di ferro sulle nuove tariffe

Retromarcia Tar, visite mediche salve Ma a fine mese rischio caos prenotazioni

ROMA Il Tar del Lazio è tornato sui suoi passi revocando, a distanza di appena 24 ore, lo stop al decreto che fissa



le tariffe per le cure garantite dal San. Per ora prenotazioni salve, ma c'è il rischio caos per fine mese. Bisozzi a pag. 12

Usa, Capodanno di terrore

► New Orleans, pickup con la bandiera dell'Isis lanciato sulla folla: 15 vittime e trenta feriti. Il killer ucciso dalla polizia: era un ex militare Usa. E spunta un video in cui si vedono quattro complici piazzare ordigni



Gli investigatori sul luogo della strage di New Orleans

Gusita, Mulvoni e Paura alle pag. 2 e 3

L'Italia alza la voce «Garanzie per Sala l'Iran la rilasci subito»

► Nota della Farnesina al governo di Teheran: da questo dipenderà il futuro delle relazioni

ROMA L'Italia aumenta la pressione sul governo di Teheran. E avanza un'ulteriore richiesta formale per il «rilascio immediato» della giornalista italiana Cecilia Sala. Chiede anche precise garanzie sulla sua carcerazione a Evin. «I tempi e le modalità della detenzione saranno un'indicazione univoca delle reali intenzioni e dell'atteggiamento del sistema iraniano nei confronti della Repubblica italiana», è la linea che trapela dalla Farnesina.

I testimoni e le accuse

«Ucciso dallo squalo bagnini fermi a riva»

ROMA Due turisti, un tedesco e una polacca, hanno assistito all'assalto dello squalo del Mar Rosso. «Di Gioia non era al largo. I bagnini fermi a guardare». E ancora: «Dopo l'aggressione nessun medico ha prestato assistenza a quell'uomo».

Pace a pag. 10

La notte di San Silvestro Alemanno in cella «Obblighi violati» Polemica sull'arresto

Valeria Di Corrado

Giovanni Alemanno è accusato di una «gravissima e reiterata violazione delle prescrizioni imposte» dall'affidamento in prova ai servizi sociali. Per questo è finito in cella la notte di Capodanno. In sostanza, avrebbe prodotto 26 falsi giustificativi per partecipare a incontri del suo movimento fuori dal Lazio. Il tutto è emerso da un'inchiesta della Procura di Roma che vede accusato Alemanno di false fatture e riciclaggio.

A pag. 9

PRIMI SINTOMI INFLUENZALI

PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.

Vivin C agisce rapidamente contro il raffreddore e i primi sintomi influenzali. Con Vitamina C per le difese immunitarie.

RAFFREDDORE

Il Segno di LUCA

ACQUARIO BACIATO DALL'AMORE

La Luna nel tuo segno ti rende più reattivo ma anche geloso, considerando come agisce sul resto della configurazione. Ma l'elemento più importante è Venere, che questa notte uscirà dal tuo segno, dove tornerà solo il prossimo anno. Possiamo quindi dire che oggi l'amore merita tutta la tua attenzione! Senza contare che è molto probabile che prima di andarsene Venere ti faccia un regalo, usando i suoi poteri benefici per favorirti.

MANTRA DEL GIORNO Non sempre è alta essere consapevoli.

L'oroscopo a pag. 16

* Tandem con altri quotidiani (non allegati al repertorio): con il servizio di Mirna Lucio, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia € 1,20; la domenica (Interromato) € 1,40; il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; il Messaggero - Primo Piano: Nove € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; «Roma strepata» - € 0,90 (solo Roma); «La vera dei gladiatori» - Vol. 2° - € 0,90 (solo Roma)



Giovedì 2 gennaio 2025

ANNO LVIII n° 1

1,50 €
Santi Basilio Magno e Gregorio Nazianzeno
prete e vescovo
Oreste Chiusi

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

Non restare in un'attesa inoperosa PATRIOTTISMO DEL QUOTIDIANO

ANGELO PICARIELLO

L'umanesimo consolante - ma un po' sospeso - con cui è stato accolto il messaggio di fine anno di Sergio Mattarella riporta alla mente le parole di una vecchia canzone di Fabrizio De André: «Per quanto voi vi crediate assolti siete per sempre coinvolti». Il contesto, certo, è molto diverso. Il cantautore genovese si inseriva nell'ambito della contestazione e prendeva di mira la tendenza perbenista della borghesia di non sentirsi mai chiamata in causa. Qui invece ci troviamo a commentare il messaggio numero 10 del Capo dello Stato, e un po' c'entra sicuramente anche il record di Giorgio Napolitano, superato quest'anno. Come con il voto del censore di fine anno, c'è quasi l'obbligo morale di partecipare tutti all'applauso, senza però farsi scalfire dalle sue parole. Di più. Si coglie, come nelle parole di De André, un intento auto-assolutivo, una sorta di rito collettivo della classe politica (e non solo): lì c'è certo un fatto positivo che rafforza valori condivisi e super-partes in un dibattito politico consegnato alla perenne contrapposizione, senza esclusione di colpi. Ma l'operazione, per avere una sua utilità, dovrebbe portare, ognuno per parte sua, ad assumersi il compito di un cambio di passo, di un assunzione di responsabilità per mandare avanti il super-partes in un dibattito politico consegnato alla perenne contrapposizione, senza esclusione di colpi. Ma l'operazione, per avere una sua utilità, dovrebbe portare, ognuno per parte sua, ad assumersi il compito di un cambio di passo, di un assunzione di responsabilità per mandare avanti il super-partes in un dibattito politico consegnato alla perenne contrapposizione, senza esclusione di colpi.

continua a pagina 5

Editoriale

Gli auguri (veri) nell'anno giubilare PRENDIAMOLI SUL SERIO

PIERANGELO SEQUERI

Un augurio per l'anno nuovo è apprezzato ovunque si capisce. Ma non dobbiamo dimenticare il contesto. Noi viviamo in una parte del mondo in cui l'augurio sta diventando quasi un esorcismo, nemmeno troppo convinto. Un gesto scaramantico, della serie "lo speriamo che me la cavi". Certo, siamo abili, e ci stiamo preparando a poco a poco, da decenni, ad assimilare la nostra condizione di ostaggi, in modo che la resa - quando verrà il momento - non ci sembri così vergognosa. In ogni comparto, ascoltiamo ormai lo stesso "catechismo". Il sistema sanitario è in affanno? Certo. Liste d'attesa inaccettabili, scarsità di personale, specialità disattese, distribuzione capillare insostenibile. E questo è il lato che ci responsabilizza, dobbiamo fare di più. Ma poi c'è l'altra campana, che ci colpevolizza, mettendo la nostra mente in stallo. Il debito dello stato sociale è troppo grande, non vi potete immaginare di conservare tutti questi privilegi, nascono troppo pochi bambini e restano troppi vecchi. Dell'immensa attività che abita sistematicamente la selezione dei privilegiati, e del diletto di etica sociale che impoverisce scientificamente la collettività, non riusciamo a ragionare onestamente (non vorremmo) e non diventiamo moralisti. La cultura umanistica deve accettare quello che avanza. Con tutto questo apparato "scientifico" che ti mette in soggezione - ci sono tecnici ed economisti che si dedicano a spiegarcelo con grande condensazione - che augurio volete che ci facciamo? Persino il vecchio adagio popolare, "quando c'è la salute c'è tutto", zoppica un po': bisogna vedere "se ci sono le risorse" devi aggiungere oggi.

continua a pagina 18

IL FATTO Dal Papa nuovo appello a coltivare la fraternità. E affida il 2025 a Maria: «Custodiamo la vita, prendiamoci cura di chi è ferito»

«La speranza siamo noi»

Le carceri inumane, i morti sul lavoro, le spese record per le armi: nel messaggio di fine anno Mattarella richiama alla pace urgente e invita tutti a fare la propria parte. Un "grazie" e un ponte ideale con Francesco

I GENITORI

«È vero, con Sammy abbiamo imparato cos'è una vita piena»

Mamma Lucia e papà Amerigo raccontano il primo Natale senza il figlio Sammy Basso, sorpresi con orgoglio dalle parole di Sergio Mattarella, ascoltate mentre erano al Sermigi di Torino per il capodanno: una "lezione" di pienezza di vita che trova conferma nelle parole dei genitori.

Gregolin a pagina 5

IL GENERALE GENUIN

«Cappuccini, vocazioni in crescita. E in Olanda riaprirà un convento»

Fra' Roberto Genuin, veneto classe 1961, poche settimane fa è stato confermato alla guida dell'Ordine dei frati minori cappuccini (circa 18mila religiosi in 110 Paesi) per un altro sessennio. E all'inizio di questo mandato indica i tanti segni di speranza di rinascita nel segno del carisma francescano, che sa ancora parlare ai giovani.

Rizzi a pagina 20



Sergio Mattarella, il presidente



Papa Francesco, l'ultimo pontefice

«Mai come adesso la pace grida la sua urgenza. La pace che la nostra Costituzione indica come obiettivo irrinunciabile, che l'Italia ha sempre perseguito, anche con l'importante momento quest'anno della presidenza del G7. La pace di cui l'Unione Europea è storica esponente. È stato un messaggio di fine anno (il suo decimo) all'insegna della speranza, quello di Sergio Mattarella. La cita due volte: una prima, appunto, in riferimento alla pace e un'altra per ringraziare il Papa che proprio alla speranza ha dedicato il Giubileo aperto il 24 dicembre».

Primopiano da pagina 2 a pagina 8

I nostri temi

ANDREA SIRONI
«Su ius scholarie e sul debito agire si può»

MARCO FERRANDO
A pagina 11

CIBO È VITA/3
Ripartiamo dall'acqua, contesa e sprecata

MAURIZIO MARTINA
A pagina 19

PALERMO Stop dal consiglio comunale all'asilo da lui sognato. Il sindaco Lagalla: si farà



Puglisi a pagina 14

L'ultimo sfregio a don Puglisi

Dopo l'annuncio dell'avvio del progetto esecutivo per l'asilo immaginato dal beato Pino Puglisi, nella sua Palermo, nella sua Brancaccio, arriva un nuovo, incredibile, stop in consiglio comunale. Il sindaco Roberto Lagalla, rassicura: non ci saranno ostacoli, né ritardi, tutto andrà come previsto. Ma la polemica tramonta con i parenti del beato che non hanno dubbi: il segnale arrivato dal consiglio comunale rappresenta un favore ai mafiosi.

USA Dieci morti, pista terrorismo

Panico a New Orleans Strage di Capodanno con la bandiera Isis

ANGELA NAPOLETANO

Il terrorismo islamico ha macchiato di sangue il Capodanno di New Orleans. È colpita sarebbe stata di nuovo l'Isis. È di 10 morti e oltre 35 feriti il bilancio della tragedia che si è consumata poche ore dopo la mezzanotte quando un pick-up bianco, lanciato a tutta velocità nell'affollata Bourbon Street, ha falciato la folla in festa. Al volante Shamsud-Din Bahar Bahar, 42 anni, ex militare e cittadino americano residente a Bend County, a sud di Houston, in Texas. La dinamica della tragedia è simile a quella (trasmessa) vista e rivista in altri attentati rivendicati dallo Stato islamico. Poco dopo le 3, le 10 in Italia, una Ford bianca si è schiantata ad alta velocità sulla gente in strada a Bourbon Street, cuore della movida locale nel quartiere francese. È valsa sparatoria con la polizia nella quale il killer è stato ucciso. Aveva nel fagione ondeggiante, gli stessi che aveva seminato intorno al luogo della strage. Il Fbi cerca altri complici.

Servizio a pagina 9

LE ROTTE DEI MIGRANTI

Ancora naufragi, tre bimbi dispersi

Fasini e un'analisi di Ambrosini alle pagine 16 e 19



LA GIORNALISTA IN CARCERE

L'Italia: «Cecilia Sala sia subito rilasciata»

Scavo a pagina 16

REPORTAGE DALLA SIRIA

«L'inferno in terra nelle celle di Sednaya»

Dachan a pagina 8

Beato chi legge

Quando viene la felicità
Adrien Candiani

«Beato chi legge!» (Ap 1,3). In pochi sanno che l'Apocalisse, l'ultimo libro della Bibbia, si apre per così dire con questa affermazione fatta per deliziare i libri e professori di lettere. Ma non si tratta di vantare le virtù della lettura in generale: beati, precisa il testo, sono coloro che leggono le profezie contenute in questo libro. Questo libro è certamente l'Apocalisse, ma anche tutta la Bibbia, che qui giunge alla sua conclusione. Beati, dunque, i lettori della Bibbia? Dopodutto, la Bibbia parla in continuazione della beatitudine, della felicità. Dall'Antico al Nuovo

© FOTOGRAFIA: MONTAUDO

Agorà

RISCOVERTE

«Cristo non è ariano» Il miracolo di Musk, contro l'antisemitismo

Zaccari a pagina 21

STORIA

Come il missionario trovò le indie sull'altopiano della Sila

Cardini a pagina 22

SCENARI

Il nuovo ecosistema sarà progettato da uomini e macchine

Ambrosini a pagina 23



SANITÀ

Dietrofront del Tar sui rimborsi sì a tariffe ridotte per esami e visite

Riprende vita il decreto
che aveva tagliato
i costi rispetto a quelli
del 1996. L'allarme dei
privati: così chiudiamo

di **Elena Dusi**

ROMA – Mentre il presidente Mattarella critica “le lunghe liste d’attesa” in sanità e le “numerose persone che rinunciano alle cure”, il ministero della Salute si ritrova ai ferri corti con la sanità privata accreditata. Ambulatori e laboratori privati che vengono rimborsati dallo Stato svolgono il 58% delle prestazioni del sistema sanitario nazionale. E in centinaia si sono uniti per bloccare il nuovo decreto tariffe del ministero, in vigore dal 30 dicembre, che sostituisce il precedente del 1996 e prevede – secondo loro – rimborsi troppo bassi per coprire i costi.

Il ricorso dei privati aveva portato il 30 dicembre scorso a una prima sospensione del decreto tariffe da parte del Tar del Lazio. Ministero della Salute e quello delle Finanze avevano ripreso di peso il decreto e, con un intervento dell’Avvocatura dello Stato, il 31 dicembre avevano spinto il Tar a fare marcia indietro, sospendendo la sospensione. Formalmente da ieri il nuovo decreto tariffe è quindi entrato in vigore. Il sistema informatico per le prenotazioni, che nell’incertezza era rimasto bloccato per due giorni (e solo nella mattinata di martedì erano arrivate 200mila richieste di prestazioni), ha ripreso a funzionare. Dire che la situazio-

ne è tornata normale sarebbe però esagerato. La “sospensione della sospensione” tornerà sul tavolo del Tar, che il 28 gennaio dovrà prendere una vera decisione. Se confermerà il decreto tariffe, come auspicato dal ministero della Salute, le strutture del privato accreditato potrebbero ritrovarsi a lavorare in perdita. «Il rimborso di alcune prestazioni è sottostimato del 30%-40% rispetto ai costi», lamenta Gabriele Pelissero, presidente di Aiop, che associa gli ospedali privati. «Molte strutture, soprattutto piccole e soprattutto al Sud, non avranno altra scelta che chiudere o lavorare solo nel privato», prevede Andrea Buratti, vicepresidente di Anisap Lombardia (Istituzioni sanitarie ambulatoriali private). Mariastella Giorlandino, fondatrice di Uap (Unione ambulatori e poliambulatori privati), cita alcuni esempi del nuovo decreto tariffe: «Una mammografia verrà rimborsata 40 euro, cifra che non tiene conto del costo del macchinario. Per una visita cardiologica con elettrocardiogramma la tariffa è di 17,5 euro. Al medico andrebbero 4 euro lordi. Per citomegalovirus e toxoplasma, esami essenziali in gravidanza, sono previsti 8,50 euro. Con il tariffario precedente erano 24. Faccio questo mestiere da 40 anni, tariffe così sono insostenibili». Sono cifre stilate nel 2017,

spiega Buratti: «Un’era fa, dal punto di vista dei prezzi, prima di Covid, aumento del costo dell’energia e inflazione. Mettono in difficoltà anche gli ospedali pubblici, che pure hanno macchinari e personale in centri di costo diversi e sono rimborsato dallo Stato se vanno in rosso».

Al netto della confusione mostrata dalle istituzioni negli ultimi tre giorni, la situazione è quindi lontana dall’equilibrio. «Il rischio – fa notare Giorlandino – è che le regioni del Nord riescano a ripianare non solo il rosso dei loro ospedali, ma anche quello dei loro privati accreditati. Le regioni più in difficoltà, sottoposte a piano di rientro, lasceranno chiudere i loro privati accreditati». Appesantendo le liste d’attesa.



IL 31 DICEMBRE IL TAR LAZIO HA ACCOLTO L'ISTANZA DELL'AVVOCATURA DELLO STATO

Sanità, il dietrofront sul tariffario per evitare il caos

ENRICO NEGROTTI

Controordine: il nuovo Nomenclatore tariffario, con le prestazioni sanitarie previste dai nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza), è entrato in vigore. Martedì 31 dicembre, infatti, il Tribunale amministrativo regionale (Tar) del Lazio ha revocato il proprio decreto del giorno precedente che ne sospendeva l'entrata in funzione dopo il ricorso dell'Avvocatura dello Stato per conto del ministero della Salute.

Nell'accogliere l'istanza di revoca, il Tar ha confermato la fissazione della Camera di consiglio per il prossimo 28 gennaio, riconoscendo che il 31 dicembre «non si ravvisano evidentemente i presupposti per un'audizione anche informale delle parti». I giudici amministrativi hanno «preso atto della dichiarata gravità delle conseguenze della sospensione del decreto in esame, che determinerebbero il blocco del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione, con conseguente disservizio all'utenza e ritardi nell'erogazione delle prestazioni e, in ultima analisi, con un impatto sulla salute dei pazienti».

Il blocco del nuovo Nomenclatore, che comprende i Lea aggiunti nel 2017, stava già creando il disorientamento degli operatori, sia i medici sia i Centri di prenotazione, che avevano aggiornato sistemi di prenotazione e codici con le nuove prestazioni. A segnalare il rischio caossio era già pronunciato il Sindacato medici italiani (Smi) di Campania e Lazio. Con il decreto del ministero della Salute vengono aggiornate 1.113 tariffe associate alle

prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica sulle 3.171 che compongono il nomenclatore, ovvero il 35% del totale. Si tratta di un aggiornamento che, per quanto riguarda le prestazioni, permette l'entrata in vigore dei Lea stabiliti nel Dpcm 12 gennaio 2017 (che intervenivano sulla loro prima introduzione nel 2001). Ma per quanto riguarda le tariffe, vengono aggiornati i rimborsi stabiliti nel 1996 per la specialistica ambulatoriale e nel 1999 per la assistenza protesica.

Ad attendere i nuovi Lea sono soprattutto i cittadini. In vista dell'entrata in vigore del decreto del ministero della Salute, Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva, aveva definito importantissimo «il traguardo del 30 dicembre». Ricordando «l'accordo fra Stato e Regioni sulle tariffe, accordo indispensabile per l'approvazione del decreto tariffe e dunque per l'entrata in vigore dei Livelli essenziali di assistenza».

A presentare al Tar la richiesta di bloccare l'entrata in vigore dei nuovi Lea e del nuovo Nomenclatore tariffario erano stati l'Unione nazionale ambulatori, poliambulatori, enti e ospedalità privata accreditata (Uap), l'Associazione regionali o interregionali delle istituzioni sanitarie ambulatoriali private (Anisap) e l'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop). Le tre associazioni imprenditoriali avevano accolto «con grande soddisfazione e speranza» la notizia della sospensione dell'entrata in vigore dei Lea, perché lamentavano «tagli ai rimborsi fino al 70%». Di fronte alla seconda decisione del Tar, Uap ha manifestato comunque «soddisfazione per aver

acceso un faro sulla verità riguardo al nuovo tariffario sanitario che ieri (30 dicembre, ndr) era stato sospeso» perché la revoca della sospensione è dovuta a «motivi organizzativi, informatici e tecnologici». E si augura che «il ministero della Salute apporti le necessarie correzioni e che il 28 gennaio, durante la prossima udienza, si prenda una decisione dettata da scienza e coscienza, a tutela della salute dei cittadini italiani».

Soddisfazione per la retromarcia del Tar è stata espressa dal senatore Francesco Zaffini (Fdi), presidente della commissione Sanità e Lavoro di Palazzo Madama: «Il tariffario da applicare ritorna quello di ieri (30 dicembre, ndr) in attesa dell'udienza del tribunale amministrativo in camera di consiglio prevista per il 28 gennaio, dove sono certo che i giudici sapranno decidere per il bene dei cittadini».



Il braccio di ferro sulle nuove tariffe

Retromarcia Tar, visite mediche salve Ma a fine mese rischio caos prenotazioni

ROMA Il Tar del Lazio è tornato sui suoi passi revocando, a distanza di appena 24 ore, lo stop al decreto che fissa le tariffe per le cure garantite dal Ssn. Per ora prenotazioni salve, ma c'è il rischio caos per fine mese.

Bisozzi a pag. 12



Sanità, retromarcia del Tar salve per ora le prenotazioni Rischio caos a fine gennaio

► I giudici 24 ore prima avevano bloccato il decreto della Salute con cui il ministero fissa le tariffe per le cure garantite dal Ssn. Una decisione definitiva attesa per il 28

IL PROVVEDIMENTO

ROMA Bisognerà aspettare la fine di gennaio per conoscere le sorti del nuovo Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica, ovvero le cure e le prestazioni garantite ai cittadini dal Servizio sanitario nazionale. Il 31 dicembre il Tar del Lazio è tornato sui suoi passi revocando, a distanza di appena 24 ore, lo stop al decreto con cui il ministero della Salute fissa le tariffe ag-

giornate per le nuove cure e prestazioni garantite ai cittadini dal Ssn, gratuitamente o con il pagamento di un ticket. La sospensione del decreto del ministero della Salute avrebbe determinato il blocco del sistema di prenotazione e di erogazione dei servizi, con un impatto sulla salute dei pazienti. I giudici prenderanno una decisione definitiva sul nomenclatore in occasione dell'udienza in camera di consiglio programmata per il 28 gennaio.

In molte Regioni nel frattem-

medici di famiglia, nella prenotazione di esami e visite.

LE REGIONI

I nuovi Livelli essenziali di assistenza, che comprendono cure

po si sono registrati problemi, segnalati in questi giorni anche dai

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



che prima non erano incluse, dovevano entrare ufficialmente in vigore il 30 dicembre. Chi si oppone al nuovo nomenclatore – con cui il ministero della Salute stabilisce la somma da rimborsare ai medici e agli operatori sanitari per le visite in ambulatorio, gli esami e l'impianto di protesi – teme che in questo modo venga compromessa la sostenibilità economica delle strutture sanitarie private accreditate.

Sul piede di guerra ci sono centinaia di strutture e di laboratori convenzionati, insieme alle maggiori associazioni di categoria, che hanno fatto ricorso al Tar contro il decreto della Salute denunciando un taglio dei rimborsi fino al 70%. Le tariffe, sostengono gli operatori del settore, non tengono conto inoltre dell'incremento dei costi e delle difficoltà operative causate dalla pandemia e dalla crisi economica. L'istruttoria che ha condotto all'approvazione delle tariffe, infine, sarebbe risultata «incompleta e lacunosa», secondo i ricorrenti, e non «sarebbe stata garantita una rappresentazione adeguata dei costi reali e delle esigenze delle

strutture sanitarie accreditate».

L'aggiornamento del ministero della Salute ha riguardato in totale più di tremila prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica e l'impatto complessivo risulta pari a 502,3 milioni di euro per la specialistica ambulatoriale e a 47,6 milioni per la protesica. Dalla

consulenza genetica alla radioterapia stereotassica, sono tante le nuove prestazioni previste. C'è spazio anche per apparecchi acustici a tecnologia digitale, attrezzature domotiche e sensori di comando, arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo.

IL NOMENCLATORE

Per quanto riguarda la Procreazione medicalmente assistita, con il nuovo nomenclatore vengono adottate le tariffe applicate dalla Regione Emilia-Romagna che comprendono la remunerazione di tutti i cicli del percorso delle coppie assistite, tenendo anche in considerazione l'inclusione del reperimento dei gameti e il relativo monitoraggio. Prevista poi la diagnosi e il monitoraggio della celiachia e gli screening

neonatali per alcune patologie. Il nuovo nomenclatore tariffario, infine, amplia l'elenco delle protesi per arti superiori e inferiori, fornendo una copertura comple-

ta per numerosi dispositivi prima non inclusi.

Nell'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza sono state inserite, insomma, numerose prestazioni aggiuntive, accessibili tramite ticket sanitario ridotto rispetto al passato. Le Regioni hanno già adeguato i sistemi informatici con i nuovi codici delle prestazioni. A fine mese i giudici del Tar del Lazio emaneranno una sentenza definitiva dopo essersi confrontati con i legali del ministero guidato da Orazio Schillaci che, a quanto trapela, starebbe lavorando a un intervento chirurgico sul decreto per venire incontro alle richieste provenienti dal mondo della sanità convenzionata.

Francesco Bisozzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA SOSPENSIONE PER
L'EVENTUALITÀ DI UN
BLOCCO DEL SISTEMA
DI PRENOTAZIONE
E DI EROGAZIONE
DEI SERVIZI SANITARI**

**SUL PIEDE DI GUERRA
LE STRUTTURE
CONVENZIONATE
CHE DENUNCIANO
UN TAGLIO DEI
RIMBORSI FINO AL 70%**



Sanità, stop alle tariffe Tornano in bilico le nuove cure gratis

Salute

Il Tar del Lazio sospende
il decreto per la parte
esami e visite ambulatoriali

Da ieri ufficialmente nuove cure, attese di rinvio in rinvio da 8 anni, sono disponibili per i cittadini a carico del Servizio sanitario e quindi gratuite o dietro pagamento di un ticket. Ma il Tar del Lazio ha sospeso il decreto che aggiunge questi nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza) insieme a tariffe per esami e visite ambulatoriali.

Bartoloni e Gobbi — a pag. 5

Stop alle tariffe, torna in bilico l'ampliamento delle cure gratis

Sanità. Dalla procreazione assistita alle terapie oncologiche: il Tar del Lazio sospende fino al 28 gennaio il tariffario che aggiunge anche nuove prestazioni del Ssn attese da otto anni. Nel mirino i tagli ai rimborsi

Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi

Non c'è pace per i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) attesi dagli italiani di rinvio in rinvio da ben otto anni. Da ieri ufficialmente nuove cure sono disponibili per i cittadini a carico del Servizio sanitario e quindi gratuite o dietro il pagamento di un ticket: dalla Procreazione medicalmente assistita a nuove terapie oncologiche. Ma dopo tanta attesa le nuove prestazioni del Ssn tornano in bilico perché il Tar del Lazio nello stesso giorno ha deciso di sospendere il decreto che oltre ad aggiungere i nuovi Lea aggiorna anche 1.113 tariffe associate alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (in pratica visite ed esami) e della protesica sulle 3.171 che compongono il nomenclatore. Un nuovo colpo di scena che getta nel

caos - da ieri le piattaforme delle Asl usano i nuovi codici - una partita su cui il ministero della Salute lavora da circa due anni e che ha sollevato nelle ultime settimane le proteste di laboratori e strutture private che lavorano con il Ssn che denunciano di fatto un taglio dei rimborsi «fino al 70%, sia per gli ospedali pubblici sia per i centri privati accreditati», avvertono in una nota FederAnisap, Uap e Aiop. Il Tar del Lazio ha infatti deciso di accogliere l'istanza cautelare presentata dalle associazioni di categoria - che ieri hanno parlato di «grande vittoria» - sospendendo così il decreto di Salute e Mef del 26 novembre scorso - sulla Gazzetta del 27 dicembre - per la parte relativa alle nuove tariffe di esami e visite ambulatoriali (non dunque sulla protesica). Il tribunale ha accolto la richiesta delle associazioni dal momento che il nuovo decreto «è stato

adottato dopo oltre 20 anni dai precedenti nomenclatori, delineando così l'insussistenza dell'urgenza». Il 28 gennaio è stata fissata la trattazione collegiale per la camera di consiglio. Ma il ministero della Salute che aveva già dovuto digerire due rinvii su pressing delle Regioni - i Lea e le nuove tariffe erano attese già il 1 gennaio 2024, poi slittate ad aprile e infine a ieri 30 dicembre - non vuole mollare e in queste ore



sta lavorando a un ricorso d'urgenza al Consiglio di Stato che già oggi potrebbe "salvare" il nomenclatore e le nuove prestazioni in attesa della decisione nel merito del 28 gennaio, a valle del quale il ministero potrebbe poi intervenire chirurgicamente suo decreto. Anche perché sarebbero già 300-400 mila le ricette emesse ieri attraverso Sogei con i codici previsti nel nuovo tariffario.

Resta il fatto che la decisione del Tar del Lazio potrebbe posticipare ancora una volta l'entrata in vigore dei nuovi Livelli essenziali che attendono di partire dal 2017. Si tratta di un pacchetto di nuove cure per le quali sono state stanziati oltre 500

milioni: si va dalla Procreazione assistita a nuovi ausili e protesi (come apparecchi acustici digitali e attrezzature domotiche), dai nuovi screening neonatali alla diagnosi e il monitoraggio di celiachia, endometriosi e diverse malattie rare. Ci sono poi tecnologie diagnostiche innovative come la tomografia ottica computerizzata per individuare gravi malattie oculari quali retinopatia, glaucoma e maculopatia che si sono diffuse molto con l'invecchiamento della popolazione o le videocapsule (l'enteroscopia con microcamera ingeribile) per scoprire patologie intestinali. Per i tumori

previste anche la radioterapia stereotassica, l'adroterapia (per alcuni tipi di tumore non operabili) o la radioterapia con braccio robotico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ministero della Salute lavora a ricorso urgente al Consiglio di Stato. Già emesse 300 mila ricette con le nuove tariffe



Tomografia.

La Tomografia ottica computerizzata (Otc) è un esame diagnostico che permette di ottenere immagini della retina e della cornea



Il Tar

Sanità e liste d'attesa sospese le nuove tariffe

di **Elena Dusi**

Era una giornata attesa da 24 anni. Il nuovo decreto tariffe del ministero della Salute doveva entrare in vigore ieri, aggiornando i prezzi di oltre mille

prestazioni sanitarie erogate da medici e laboratori di analisi (il 35% delle prestazioni totali), che erano ferme dal 1996. Era anche una giornata segnata sul calendario da migliaia di pazienti.

● a pagina 6

Sanità, il Tar sospende il tariffario caos per visite e prestazioni gratuite

Dopo i ricorsi di molte strutture private bloccata per un mese l'efficacia del decreto sui prezzi dei Lea

di **Elena Dusi**

ROMA – Era una giornata attesa da 28 anni. Il nuovo decreto tariffe del Ministero della Salute doveva entrare in vigore ieri, aggiornando i prezzi di oltre mille prestazioni sanitarie erogate da medici e laboratori di analisi (il 35% delle prestazioni totali), che erano fermi dal 1996.

Era anche una giornata segnata sul calendario da migliaia di pazienti. Il 30 dicembre, con l'entrata in vigore dei nuovi Lea (livelli sanitari di assistenza), decine di nuove prestazioni mediche sarebbero diventate gratuite all'interno del sistema sanitario nazionale. Era un passo atteso dal 2017. Per citare solo alcune novità inserite dal decreto tariffe nei Lea: procreazione assistita, diagnosi e terapie per la celiachia, consulenza genetica, adroterapia per il cancro, nuovi screening neonatali, apparecchi acustici digitali, protesi di arti, sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo per chi ha perso la capacità di muoversi e comunicare.

È stata invece una giornata di carte bollate e disagi per i pazienti. Il nuovo decreto tariffe è stato infatti impugnato da centinaia fra laboratori di analisi privati e associazioni che rappresentano gli operatori sanitari privati accreditati con il pub-

blico. Troppo bassi, secondo loro, i rimborsi previsti per le prestazioni, in alcuni casi addirittura inferiori alle quote precedenti. Il Tar del Lazio ha dato loro ragione, sospendendo l'intero decreto, sia nella parte relativa alle tariffe che in quella relativa ai nuovi Lea.

I computer dedicati al sistema dei rimborsi - come se non bastasse - sono andati in tilt. Già aggiornati con il tariffario nuovo, infatti, non hanno più riconosciuto i codici vecchi. I medici in alcuni casi non sono riusciti a prescrivere visite e cure per i loro pazienti. Non è chiaro quando il garbuglio informatico riuscirà a essere sbrogliato.

Il rapporto del governo di Giorgia Meloni con la sanità continua insomma a mostrarsi complicato. I proclami con cui alcuni parlamentari di Fratelli d'Italia avevano salutato ieri il decreto tariffe («un ulteriore passo in avanti per una sanità moderna» e «una giornata storica per la sanità italiana») non hanno aiutato ad alleviare il passo falso.

«Il problema è sempre lo stesso, quello delle risorse», commenta sconsolato Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo). «Se un medico viene rimborsato dal sistema sanitario pubblico con soli 20 euro, per una visita che in regime

privato avrebbe avuto un prezzo parecchio più alto, come pretendiamo che non scappi?».

Gli oltre 500 milioni previsti dal decreto tariffe servirebbero a coprire i nuovi Lea, ma non ad aggiornare i rimborsi di medici e laboratori di analisi. Gli operatori del privato accreditato, che non possono in alcun modo usufruire di interventi di emergenza per ripianare i debiti da parte dello Stato, hanno così deciso la mossa del ricorso al Tar.

«Il prossimo finanziamento significativo per la sanità, con 5 miliardi, è previsto per il 2026», fa notare Anelli. «Ma nel frattempo non sappiamo come fare per evitare che i cittadini paghino di tasca propria le cure mediche o, peggio, rinuncino a curarsi».

La sospensione del Tar è avvenuta ieri con procedura urgente. Il tribunale amministrativo entrerà nel



merito del decreto tariffe nella prossima seduta plenaria, prevista il 28 gennaio. Nel frattempo è possibile che il Ministero della Salute guidato da Orazio Schillaci riveda i termini del proprio decreto per aggirare la sospensione del Tar, o che decida invece di modificare il tariffario in modo sostanziale. In entrambi i casi, visti anche i giorni di festa, almeno il caos informatico appare assicurato.

I punti

Il decreto

Il 26 novembre il Ministero della Salute approva il decreto tariffe: aggiunge nuove prestazioni gratuite per i cittadini e fissa i rimborsi per chi le eroga

La protesta

Centinaia di laboratori e strutture private accreditate con il pubblico giudicano insufficienti i rimborsi e fanno ricorso al Tar

Lo stop

Il Tar accoglie il ricorso e sospende in toto il decreto tariffe. I computer non sanno più a quale tariffario ricorrere. I nuovi Lea resteranno congelati fino a una decisione finale del Tar



Il ministro

Orazio Schillaci è responsabile della Salute nel governo Meloni dal 22 ottobre del 2022



PATTANAPHONG KHUANKAEW / EYEFM/GFTTY IMAGES/EYEFM



Liste d'attesa e cure La Sanità in crisi

Dalle prenotazioni
ai Lea, perché la riforma
del governo non decolla
Le disparità tra Regioni
L'appello di Mattarella

di **Margherita De Bac**

ROMA Alzi la mano il governo che non abbia dovuto vedersela col taglio delle liste di attesa, spina nel cuore di ogni sistema universalistico. Quello guidato da Giorgia Meloni ha risposto all'emergenza con la riforma del 7 giugno 2024. Quando un mese e mezzo dopo il decreto è stato convertito in legge, il ministro della Salute Orazio Schillaci ha suonato le campane: «Per la prima volta la nazione ha un progetto strutturale con misure concrete». Peccato che, come ha riferito lo scorso novembre lo stesso ministro rispondendo a un'interrogazione parlamentare, i decreti attuativi non abbiano ancora visto la luce. Intoppi frequenti in un'Italia posseduta dalla burocrazia e dal ping pong fra organismi tecnico-amministrativi. Adesso però assicura lui «siamo in dirittura d'arrivo».

Dati frammentati

Cosa è cambiato finora in concreto per i cittadini? Poco, in generale, fermo restando che esistono Regioni già avanti nel percorso individuato dal decreto. E nulla sul piano della disponibilità di dati ufficiali, raccolti con un metodo uniforme in ogni parte d'Italia. Oggi si va avanti per aneddoti e narrazioni. Le piattaforme online aggiornate

dalle Regioni continuano a essere di «difficile consultazione e evidenziano una profonda disomogeneità sulla modalità di restituzione dei tempi d'attesa, rendendo molto difficile il confronto tra le diverse realtà». Un «dramma» citato dal presidente Mattarella nel discorso di fine anno quando ha voluto sottolineare che «numerose persone rinunciano alle cure perché prive di mezzi necessari». Sono il 7,6% della popolazione secondo il Cnel nella relazione del 2024, pari a 4,5 milioni di cittadini.

Prenotazioni

Nella riforma c'è l'obbligo per le Regioni di creare un centro unico di prenotazione capace di «vedere» le agende di tutti gli ambulatori pubblici e privati-convenzionati. Possibilità di tenere le strutture aperte nel fine settimana. Attivare un sistema di disdetta delle prenotazioni che consenta di riempire i posti rimasti vuoti. Divieto di sospendere l'attività di prenotazione. Se il cittadino non viene soddisfatto entro i tempi previsti (72 ore se la prestazione è urgente, 10 giorni se è in classe Breve, 30-60 giorni per visite e esami diagnostici, 120 giorni i programmabili) deve automaticamente trovare risposta in una struttura privata convenzionata, o nell'ambito dell'attività professionale svolta dal medico all'interno dell'ospedale. Il Cup, centro unico di prenotazione, in certe zone d'Italia è un perfetto sconosciuto.

Prendiamo ad esempio il Lazio. A oggi la metà delle agende sono state caricate nel sistema unico. A ottobre 399 mila prestazioni non erano state prenotate entro i tempi di garanzia e l'ente guidato da Rocca ha stanziato 17 milioni per garantirle. Punti dolenti, colonscopia, Tac, risonanza magnetica e visite oculistiche.

Più privato

Se le Regioni sono inadempienti un organismo di verifica e controllo può esercitare potere sostitutivo. La legge di Bilancio 2025 ha aumentato il limite di spesa da parte del servizio sanitario per l'acquisto di prestazioni al privato accreditato dello 0,5%, norma che ha fatto gridare allo scandalo l'opposizione: «Favoriscono le cliniche». Le amministrazioni virtuose riceveranno un premio di 50 milioni quest'anno e 100 milioni dal 2026.

Medici

Il problema delle liste di attesa richiamato da Mattarella è frutto di una serie di storture che mandano in tilt il mecca-



nismo attraverso il quale il cittadino si rivolge al servizio pubblico: la carenza di medici (che soprattutto per motivi economici si dimettono e passano al privato) e infermieri, la disorganizzazione di alcune aziende sanitarie, gli sprechi, la non ottimizzazione delle risorse utilizzate. In questa lista non vanno dimenticate le apparecchiature obsolete. E poi c'è la medicina difensiva. L'Italia spende circa 13 miliardi per rimborsare il costo di visite e esami diagnostici evitabili, prescritti in modo inappropriato, in eccesso.

Una pratica legata alla volontà da parte del medico di tutelarsi dalle denunce dei pazienti. Ogni anno sono 350 mila le cause penali intentate contro la categoria, il 97% terminano con assoluzione.

I Lea

Il Tar deciderà a fine gennaio sull'applicazione del nuovo Nomenclatore che aggiorna le tariffe e l'elenco delle prestazioni convenzionate con Il Ssn. I privati contestano di non potersi affiancare o sostituire al pubblico perché i rim-

borsi sono esigui e non coprono i costi. Tesi negata dal governo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La parola

CUP

Il Cup è il Centro unico prenotazioni previsto per tutte le Regioni dal decreto di riforma della Sanità firmato dal ministro Orazio Schillaci. Il Cup funziona in diverse regioni, tra cui la Lombardia, va invece ancora migliorato in altre, tra le quali il Lazio

I nodi

Mancano i decreti attuativi. Il ruolo delle cliniche e le critiche dell'opposizione



«Un miliardo per ridurre i tempi E a febbraio via alla piattaforma per il monitoraggio nazionale»

Il sottosegretario Gemmato: non è vero che favoriamo i privati

di **Adriana Logroscino**

ROMA Marcello Gemmato, sottosegretario alla Salute, il presidente Mattarella, nel messaggio di fine anno, ha citato lo snellimento delle liste d'attesa come priorità. Un monito anche a lei?

«Lo vivo come uno stimolo autorevole a fare meglio e a fare in fretta. Una responsabilizzazione. L'accogliamo, naturalmente, senza nasconderci che è un problema risalente nel tempo. Con l'emergenza Covid e lo stop inevitabile a indagini diagnostiche e interventi, il caso delle liste d'attesa è esploso».

Il governo però è quasi al giro di boa di metà mandato.

«E infatti la dotazione dedicata alla sanità aumenta anche nell'ultima manovra nonostante il quadro finanziario complicato. Abbiamo portato lo stanziamento per lo snellimento delle liste d'attesa dallo 0,3 per cento del fondo sanitario nazionale allo 0,4 per il 2024 e allo 0,7 per il 2025. In

concreto si tratta di quasi un miliardo di euro dedicato. Poi abbiamo convertito in legge il decreto liste d'attesa, destinato proprio a favorire l'utilizzo delle risorse disponibili, per esempio defiscalizzando le ore di straordinario di medici e infermieri».

L'opposizione vi accusa di favorire la sanità privata. Un sospetto che viene rivolto direttamente a lei, dopo l'episodio della pubblicità sul sito di un polo di cliniche private di cui è socio.

«La vicenda che mi riguarda è chiusa, anzi direi che a chiarire a tempo debito è stato il garante della concorrenza, certificando che non esiste alcun conflitto di interessi».

Favorite la sanità privata?

«Questa è un'accusa strumentale. La verità è che con questo governo si tocca il massimo di finanziamento alla sanità pubblica: 134 miliardi di euro per il 2024. Nel complesso, il livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale passerà dai 136,5 miliardi del 2025 ai 141,3 miliardi del 2027. Nel 2019, quando governava la sinistra, la disponibilità

era di 114 miliardi. Poi non siamo ideologicamente contrari al privato, men che meno al privato accreditato che eroga prestazioni per conto del Ssn. Se dovessimo seguire la sinistra su questo ragionamento, come si inquadrebbero strutture di eccellenza come il Bambin Gesù? Quel che importa è salvare il principio dell'universalità e della gratuità delle cure in tempi congrui».

Però con il decreto tariffe avete previsto per le «prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica» stanziamenti troppo poco competitivi rispetto ai costi delle strutture convenzionate: le strutture hanno fatto ricorso e sono sul piede di guerra.

«Su questo essendo in corso un pronunciamento del Tar Lazio, poi revocato, mi sembra inopportuna una qualsiasi valutazione ora».

Nel decreto dedicato alle liste d'attesa avevate inizialmente previsto un Responsabile unico dell'assistenza sanitaria (Ruas) che monitorasse i tempi e segnalasse eventuali problematiche. Dopo la protesta delle Regioni, questa figura è diventata territoriale. Un

passo indietro?

«Nel confronto con le Regioni è emersa l'opportunità di delegare questo controllo. L'importante è che abbiamo preso atto della necessità di verificare approfonditamente l'attività degli enti erogatori delle prestazioni. A questo servirà la piattaforma nazionale di monitoraggio delle liste d'attesa, che entrerà in vigore a febbraio. Metterà in evidenza se c'è una regione che eroga una prestazione in una settimana e un'altra che la garantisce in sei mesi, perché si possa intervenire».

Quando si vedranno gli effetti di questi interventi?

«Le misure per invertire la tendenza sono tante. Difficile quantificare i tempi. È un tema all'attenzione di una task force della quale si occupa il ministro Schillaci, coadiuvato da

Il monito del Presidente della Repubblica è uno stimolo a fare meglio e in fretta. Lo accogliamo senza nasconderci che è un problema risalente nel tempo

La scheda

● La riforma della Sanità del governo Meloni è contenuta nel decreto varato il 7 giugno del 2024, convertito in legge un mese e mezzo dopo

● Un obiettivo primario della riforma è la riduzione delle liste d'attesa sul territorio nazionale



Sottosegretario Marcello Gemmato



Il rapporto

Ticket, farmaci e interventi la spesa delle famiglie vola crescita del 7% in un anno

Il grosso dei soldi se ne va per visite e interventi chirurgici, poi ci sono ovviamente i farmaci, i dispositivi, i ticket. La spesa sanitaria privata dei cittadini continua ad aumentare. Nel 2023 gli italiani hanno sborsato oltre 43 miliardi di euro, tre in più dell'anno precedente. I numeri assoluti non fanno capire la portata di quello che sta succedendo, bisogna guardare infatti all'incremento percentuale rispetto al 2022. Il dato che si ottiene rivela come i cittadini si stiano facendo sempre più carico della sanità, anche perché il servizio pubblico ha problemi con le liste di attesa e in generale nell'erogazione delle prestazioni territoriali.

In dodici mesi la spesa privata è cresciuta del 7%, molto di più rispetto a quella pubblica, che si è fermata a un +2%. I dati sono nel rapporto "Monitoraggio della spesa sanitaria" della Ragioneria dello Stato, diffuso subito prima della fine del 2024. Si basa su quanto viene trasmesso nel sistema Tessera sanitaria per le dichiarazioni dei redditi.

Anche per l'anno appena concluso ci si aspetta una crescita, come rivelano i numeri preliminari sul periodo gennaio-ottobre relativi a quanto speso dagli ita-

liani per pagarsi i farmaci di marca, quando potrebbero comprarsi il generico (si viaggia intorno a 1,2 miliardi di euro).

Se si osserva quello che succede nelle singole Regioni, si nota come gli aumenti capitino sia nelle realtà considerate di eccellenza per la sanità pubblica e convenzionata (che quindi non si paga o si paga attraverso il ticket), che in quelle dove le cose non funzionano molto bene. La Lombardia, ad esempio, dal 2022 al 2023 ha visto un notevole +9,5% di spesa sanitaria da parte dei suoi cittadini, che poi significa oltre 10 miliardi sborsati per pagarsi cure e esami. La Sardegna tocca il 9,1%, il Friuli e la Campania arrivano a +8,3% e il Piemonte a 8,2%. Tra le grandi realtà locali, l'Emilia-Romagna vede l'incremento dell'impegno dei cittadini più basso, con un +1,4%. Riguardo appunto alle tipologie di prestazioni per le quali gli italiani pagano, almeno 20 miliardi (il 47% del totale) servono per "visite/interventi" soprattutto presso strutture private o accreditate, poi presso gli odontoiatri e gli specialisti medici, sia in ambulatorio che in *intramoenia*. Poi si pagano i farmaci (14% del totale della spesa, i dispositivi (10%) e così

via. Viene anche rilevata la spesa per la chirurgia estetica, che è lo 0,4% del totale, quindi circa 2,1 miliardi.

Sempre nella relazione c'è un dato che racconta di un incremento delle spese per i veterinari, almeno quando vengono inserite nella dichiarazione dei redditi. La crescente medicalizzazione degli animali da compagnia, per i quali sono previsti ad esempio esami diagnostici sempre più approfonditi e di alta specialità, fa sborsare agli italiani 1,13 miliardi di euro: l'11% in più nel 2023 rispetto al 2022. Circa 800 milioni vanno ai veterinari, altri 290 alle farmacie.

Rispetto al 2016, quando si spendevano 642 milioni, l'incremento delle spese per cani, gatti e altri animali è addirittura del 77%. Il trend di crescita della spesa si era interrotto durante il primo anno del Covid, il 2020, ma poi è ripreso di slancio già a partire dall'anno successivo.

— **mi.bo.**

I numeri

43 mld

La spesa privata

Gli italiani nel 2023 hanno speso il 7% in più rispetto all'anno precedente per pagarsi medicinali, visite e esami nelle strutture sanitarie private

+9,5%

Il dato lombardo

La regione dove la crescita della spesa privata in un anno è stata più alta è la Lombardia, considerata un riferimento per la sanità pubblica e per quella convenzionata

1,1 mld

Le spese per gli animali

Corre moltissimo anche la spesa per il veterinario e i farmaci destinati a cani, gatti e altri animali da compagnia. In un anno la crescita è stata addirittura dell'11%



IL CASO "SPECIALIZZANDI"
Medici? No, 'schiavi'
dei prof ai congressi
E i giovani vanno via

► MACKINSON A PAG. 15



Non medici ma veri schiavi: epopea degli specializzandi

TESTIMONIANZE Usati come camerieri ai congressi o per lavare l'auto dei professori, la metà non ha mai visto il tutor o la sala operatoria

SANITÀ

» Thomas Mackinson

Usati come camerieri ai congressi, per lavare l'auto del primario o come guardie mediche in cambio di un giubbotto. Ma sono 50mila medici veri e tengono in piedi 48 ospedali universitari d'Italia. Sono gli *specializzandi* per i quali lo Stato spende un miliardo l'anno in formazione senza poi curarsi del fatto che il 10% abbandona prima del tempo la borsa di studio da 25mila euro l'anno, causando - come rivelato dal *Fatto* - un danno da 35-40 milioni solo nel 2024. Tutte storiature di un sistema che genera e tollera condizioni di sfruttamento e abuso, come quello capitato a 12 specializzande di Pavia molestate da un primario rimasto al proprio posto per tre anni finché ha patteggiato la

pena (vedi sotto).

Dai ministeri della Salute e l'Università non è arrivata alcuna smentita alla quantificazione del costo sociale e sanitario degli abbandoni che - per loro stessa ammissione - neppure conoscevano, ignorando anche la correlazione tra quei dati e i questionari che vengono somministrati ogni anno, scuola per scuola, che rivelano dove e perché si annidano le sacche dello sfruttamento e del disagio. Ci sono scuole in cui uno specializzando su due dichiara di lavorare ben oltre le 38 ore previste dal contratto e le 48 ore previste dalle leggi, uno su tre di non aver mai visto un tutor formativo o le sale operatorie.

MASSIMO MINERVA dell'Associazione *Liberi Specializzandi* lo denuncia da anni all'Osservatorio Nazionale di cui fa parte, agli organi universitari e ospedalieri. "Gli specializzandi mandano messaggi importanti, ma il sistema della formazione non li coglie e neppure si accorge che in 18 scuole il 100% dichiara di essere obbligato ad eccedere l'orario e che, nonostante l'obbligo, in 107 scuole nessuno ha risposto al questionario". Le denunce spesso finiscono nel vuoto. "Avrò scritto una trentina di lettere - racconta



– ma il sistema è autoreferenziale e viene difeso con unghie e denti pur di avere forza lavoro a buon mercato”.

Dietro questa “distrazione” c’è un punto non solo tecnico-ministeriale ma anche politico. Dal 1999, per legge, l’Osservatorio Nazionale interministeriale dovrebbe monitorare i requisiti di accreditamento delle scuole e che il processo formativo non sia una beccera forma di sfruttamento da parte di università e ospedali a corto di strutturati. Metà dei 16 componenti però sono universitari, e come tali orientati a “coprire” le magagne dei colleghi. Politiche a volte sono le nomine, come il neurochirurgo di Ferrara, Massimo Miscusi, che è responsabile Dipartimento Università di Fratelli d’Italia.

CAPITA COSÌ CHE tra i membri dell’Osservatorio siano scelti primari di scuole che vantano record di abbandoni. Ad esempio il professore della chirurgia

maxillo facciale della Federico II che perdeva più borse di tutte le 14 scuole della specialità, in pratica metà dei posti. Alla specializzazione pediatrica del Policlinico di Milano il 64% degli iscritti dichiara di lavorare oltre l’orario previsto dal contratto. Ma il direttore è il presidente dell’Osservatorio Regionale, che dovrebbe impedirlo e invece a febbraio 2023 li invitava come hostess e steward al congresso “La pediatria nella pratica clinica”: “18 persone, di cui almeno 2-3 uomini per attività di sala durante il congresso”. Non un caso isolato, anzi. Il 13 gennaio in Piemonte si svolgono le “universiadi”. Il direttore di Anestesia di Torino, Luca Bazzi, era stato incaricato dal Rettore di occuparsi dell’aspetto medico e ha pensato bene di chiedere via mail la disponibilità degli specializzandi a coprire i turni di 24 ore in cambio di un giubbotto brandizzato “universiadi”.

Non mancano episodi di abusi veri e propri segnalati nei

questionari ma ignorati da atenei e ospedali in cui avvenivano. A Salerno ha fatto scuola la vicenda del professore di chirurgia plastica Carmine Alfano, già a processo per truffa a Perugia (prescritto) e ora indagato per questo e altri reati a Salerno dopo che *il Fatto* e *l’Espresso* hanno pubblicato gli audio violenti con cui sferzava gli specializzandi che usava per volantinare ai seggi, lavargli l’auto o comprare regali.

Del muro di gomma Minerva ha fatto esperienza diretta. “Alla scuola di ginecologia dell’Università di Udine tra il 2021 e il 2023 risultavano 9 abbandoni su 25 con una media del 36% a fronte del 11% nazionale. Si facevano più di 300 ore al mese documentate dalle timbrature, orari maggiori di quelli previsti dalla legge del 1739 della Carolina del Sud per gli schiavi”. Minerva segnala la cosa alle autorità ospedaliere ed universitarie e all’ispettorato del lavoro di Udine. “Anziché

preoccuparsi di questo la direttrice Lorenza Driul chiese ed ottenne dal presidente dell’Ordine dei medici di Udine di avviare un procedimento disciplinare contro di me. Finì in nulla, ma le autorità interpellate si erano alleate per perpetrare le illegalità. La verità? Quando emergono queste cose vengono prese contromisure, a volte di facciata, solo quando finiscono sui giornali, come è stato per le Universiadi”.

IL SISTEMA FORMAZIONE SUBORDINATA A NECESSITÀ DI ORGANICO



La resa
Il “Fatto” ha già raccontato che la fuga degli specializzandi ci costa 40 mln l’anno ANSA



Sanità, le assunzioni dei medici saranno a tempo

Come cambia la ricetta

di **Claudia Voltattorni**

Domande e risposte

ROMA La legge di Bilancio che verrà approvata oggi anche al Senato destina una parte delle risorse alla sanità. Fondi che vanno agli aumenti in busta paga per medici e infermieri, alle indennità per alcune specializzazioni, ma anche per le prestazioni offerte dai privati. Novità sono previste anche per farmaci, farmacie e ricette mediche. Il mondo della sanità ha però giudicato questi interventi insufficienti rispetto a quanto servirebbe al Servizio sanitario nazionale. Per questo, lo scorso 20 novembre le principali associazioni del comparto — Anaa Assomed, Cimo-Fesmed, Nursing Up — hanno scioperato.

1 Quanti soldi vengono destinati alla sanità dalla nuova legge di Bilancio?

Nel 2025 il Fondo sanitario nazionale arriva a 136,5 miliardi con un incremento di 1,302 miliardi che si aggiunge al 1,2 miliardi già stanziati nella scorsa legge di Bilancio. Nel 2026 lo stanziamento sale a 5,015 miliardi; nel 2027 a 5,734 miliardi; nel 2028 a 6,605 miliardi. L'investimento sul Pil passa dal 6,12% del 2024 al 6,04% nel 2025, scen-

dendo ancora al 6,03% nel 2026 e al 5,9% nel 2027: «il minimo storico», secondo opposizioni e sindacati. Per il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti invece la spesa sanitaria pro-capite fino a fine 2026 aumenterà del 10%.

2 Ci saranno nuove assunzioni di medici e infermieri?

Fino al 31 dicembre 2027 ospedali ed enti del Servizio sanitario potranno assumere a tempo determinato con orario a tempo parziale medici specializzandi. Tutti gli operatori sanitari potranno restare in servizio su base volontaria fino a 70 anni d'età.

3 Cosa è previsto per medici e infermieri?

Per le professioni mediche vengono stanziati più risorse che però, almeno nel 2025, si traducono in aumenti irrisori. Circa 17 euro netti al mese nel 2025 che salgono a 115 dal 2026 per medici e veterinari. Lo stipendio degli infermieri sale di 7 euro al mese nel 2025 e di 80 euro dal 2026. Per gli infermieri è prevista una flat tax al 5% per il lavoro straordinario. Aumenta anche l'indennità per il personale sanitario che lavora nei servizi di pronto soccorso.

4 Ci sono aumenti per gli specializzandi?

Sì. Dal prossimo anno accademico 2025-2026 la parte fissa del trattamento economico è aumentata per tutte le specializzazioni di una percentuale pari al 5% (circa 40-50 euro al mese in più) e la parte variabile è aumentata di

una percentuale pari al 50%. Dall'anno accademico 2024-2025 agli specializzandi veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi andrà una borsa di studio per tutta la durata legale del corso, di importo pari a 4.773 euro lordi annui.

5 È previsto qualcosa per la sanità privata?

Sì, per il 2025 il limite di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie — ricoveri e ambulatoriali — da soggetti privati accreditati al Servizio sanitario nazionale sale dello 0,5%, che diventa l'1% dal 2026, pari a 61,5 milioni di euro per il 2025 e 123 dal 2026. Per ridurre le liste d'attesa nei pronto soccorso, dal 2026 aumenta la spesa (+0,5%) anche per le prestazioni in strutture private accreditate, dai ricoveri in reparto all'assistenza dei lungodegenti. Dal 2025 ci sono però 50 milioni di euro l'anno vincolati al finanziamento dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea). Per regolare il fenomeno della mobilità sanitaria è previsto l'obbligo di accordi bilaterali tra Regioni, anche non confinanti.

6 C'è ancora il bonus psicologo?

Sì, il bonus viene rifinanziato con 1,5 milioni nel 2025, 0,5 nel 2026 e 1 milione nel 2027. Viene anche istituito il



Fondo per il servizio di sostegno psicologico in favore degli studenti: 10 milioni di euro per il 2025 e 18,5 milioni annui dal 2026 per l'attivazione, in via sperimentale, di presidi territoriali a supporto delle scuole.

7 Cos'è il fondo anti obesità?

Viene istituito il Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità: 1 milione per il 2025, il 2026 e il 2027 cui si aggiungono 200 mila euro nel 2025, 300 mila nel 2026 e 700 mila nel 2027.

8 Viene rifinanziato il Fondo per il contrasto dei di-

sturbi della nutrizione e dell'alimentazione?

Sì, per ciascuno degli anni 2025, 2026, 2027 ci sono 500.000 euro a favore del ministero della Salute per campagne di prevenzione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

9 Come cambiano le ricette mediche?

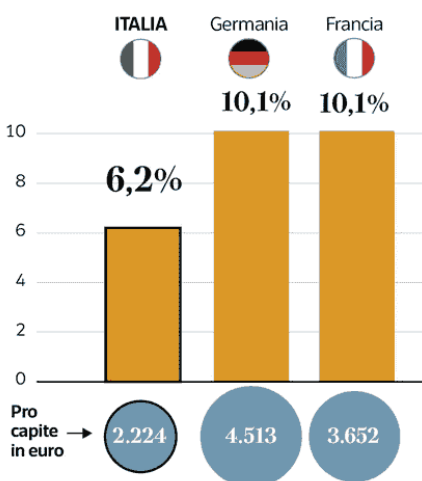
Dal 2025 entra in vigore la ricetta dematerializzata delle ricette mediche cartacee: tutte le prescrizioni di farmaci a carico del Ssn dovranno essere in formato elettronico.

10 Cosa sono le farmacie dei servizi?

La sperimentazione della farmacia dei servizi con l'offerta di visite, telemedicina e servizi sanitari di secondo livello è estesa a tutto il 2025.

La spesa sanitaria a confronto

Percentuale del Pil



La spesa sanitaria privata sostenuta dalle famiglie



Gli aumenti salariali

SPECIALIZZANDI

La parte fissa del trattamento economico è aumentata del **5 per cento** (circa 40-50 euro al mese in più) e la parte variabile è aumentata del **50 per cento**

INFERMIERI

Nel 2025 l'aumento è pari a circa **7 euro** al mese e dal 2026 circa **80 euro** al mese. Si prevede una flat tax al **5%** per il lavoro straordinario

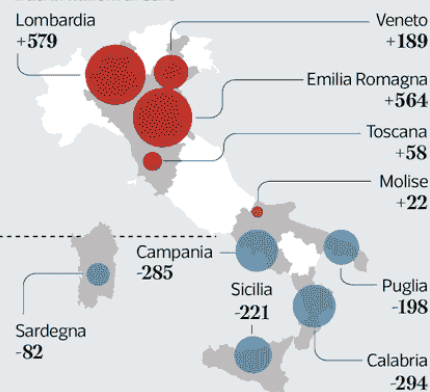
Fonti: CasAmica, Fondazione Gimbe, Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)

I pendolari della sanità in Italia

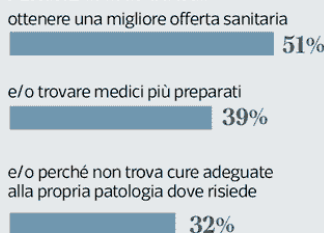
1 milione persone che ogni anno si spostano dal Sud e dalle Isole al Nord per curarsi

- Mobilità attiva:** l'attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni
- Mobilità passiva:** la «migrazione» dei pazienti dalla Regione di residenza

Dati in milioni di euro



PERCHÉ CI SI SPOSTA...



...PER COSA CI SI SPOSTA



Corriere della Sera

La parola

FSN

Fsn è l'acronimo di Fondo sanitario nazionale, che comprende le risorse che lo Stato mette a disposizione per coprire il fabbisogno per finanziare il Servizio sanitario nazionale. Altre fonti di finanziamento sono i ticket e gli altri ricavi derivanti dall'attività intramoenia e la fiscalità delle regioni (Irap).

Per l'obesità

Istituito il Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità: un milione di euro per il 2025



Medici la grande fuga

Oltre 14 mila tra dottori e infermieri pronti a trasferirsi all'estero
“Di questo passo la Sanità rischia di perdere il 30% del personale”

PAOLO RUSSO
ROMA

Più che una fuga, quella di medici e infermieri con la valigia in mano sta diventando un esodo di dimensioni bibliche. Tanto che nei primi 10 mesi di quest'anno è aumentato del 30% il numero dei nostri professionisti della salute pronti a espatriare per trovare oltre confine stipendi e condizioni di lavoro migliori di quelle che trovano in Italia. In totale, dal 1° gennaio del 2023 al 31 ottobre di quest'anno, in 14.100 hanno chiesto ufficialmente, tramite comunicazioni via mail alle segretarie delle loro associazioni, informazioni su modalità e opportunità per lavorare all'estero. «Non parliamo di persone curiose ma di professionisti che hanno mostrato serie intenzioni di emigrare. E continuando di questo passo, secondo i nostri calcoli nei prossimi tre anni la sanità italiana rischia di perdere un ulteriore 30% del proprio personale se non verranno create le condizioni per invertire la tendenza», spiega il Professor Foad Aodi, Presidente dell'Amsi, l'associazione di medici di origine straniera in Italia che ci ha fornito i dati e che offre supporto anche a chi vuole andare a fare esperienza in altri Paesi. Ed è chiaro che con Asl

e ospedali già a corto di personale perderne per strada un altro terzo significherebbe la resa del nostro Ssn.

Il 54% di chi è pronto a cambiare aria è medico, il 31% sono infermieri, il 15% fisioterapisti, podologi, logopedisti, psicologi, dietisti e tecnici radiologi. La maggior parte di loro, rivela l'indagine dell'Amsi, è costituita da giovani a inizio carriera, già insoddisfatti del loro contesto lavorativo. Che nell'84% è quello delle aziende sanitarie pubbliche. Una fuga che parte da lontano, quando nel 2020, primo anno della pandemia, qualcuno cominciò a varcare la frontiera. Un fenomeno allora irrilevante, che poi nel 2021 inizia a diventare un problema serio perché di espatriati con il camice bianco iniziano a contarsene duemila. Che salgono a 2.879 l'anno successivo, per poi diventare una emorragia. Perché stanchi di turni massacranti, demoralizzati dall'assenza di prospettive di carriera, visto che con il taglio di 30mila posti letto in dieci anni sono sfumati anche migliaia di posti da primario, arrabbiati per le buste paga più basse d'Europa «i medici del Ssn che dal 2022 al 2023 che hanno lasciato il pubblico sono raddoppiati. E nel 2024 possiamo stimare siano 7mila i colleghi che alla fine lasceran-

no le corsie», spiega Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato dei camici bianchi ospedalieri, Anaao-Assomed. Una situazione che diventa più pesante soprattutto in cinque Regioni dove solo nei primi 10 mesi di quest'anno 6.072 professionisti della salute, secondo i dati dell'Amsi, hanno manifestato l'intenzione di migrare. Nel Lazio sono pronti a darsela a gambe levate in 2.230, dei quali 1.513 medici. Altri 1.100 in fuga si registrano in Veneto, 1.150 in Lombardia, 920 in Piemonte, 672 in Campania. Lo stesso numero di quelli che puntano ai Paesi del Golfo, attratti da stipendi dai 10mila euro mensili in su.

Ma le mete più gettonate restano Gran Bretagna, dove c'è grande carenza di dottori, Francia e Svizzera. I medici specialisti che chiedono di lavorare all'estero sono soprattutto anestesisti, radiologi, ortopedici, medici di famiglia, medici di urgenza, chirurghi plastici, chirurghi generali, neurochirurghi, neurologi, ginecologi, pediatri fisiatri. In larga parte, specialità dove



c'è già carenza.

Tra le ragioni che spingono alla fuga spiccano la stanchezza, la medicina difensiva rispetto al rischio di cause legali, la scarsa sicurezza economica, le deboli prospettive di carriera e il crescente rischio di aggressioni. Delle quali il 55% dei professionisti dichiara di essere stato vittima almeno una volta. Per porre un argine all'esodo e nello stesso tempo per sfoltire le liste di attesa, il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha puntato a pagare di più il lavoro extra di medici e infermieri. Per i

primi, il decreto «accorcia file» prevede 100 euro per chi con gli straordinari si impegna a smaltire l'arretrato che fa attendere più del dovuto i pazienti. Al ministero calcolano che con i soldi stanziati per l'abbattimento delle liste di attesa ancora non spesi si potrebbero retribuire 5 ore a settimana, per arrivare a due-mila euro in più al mese tassati solo al 15%. Per gli infermieri l'extra-time è invece remunerato 60 euro l'ora, che la manovra di quest'anno tassa al 5%. Peccato però che, come documentato nei gior-

ni scorsi dalla Corte dei Conti, una parte non irrisoria degli stanziamenti sia fino a ora stata usata non per pagare i professionisti sanitari ma per turare le falle dei bilanci di Asl e ospedali.—

**Nei Paesi del Golfo
si possono
guadagnare
10 mila euro al mese**

PIERINO DI SILVERIO
SEGRETARIO NAZIONALE
ANAO-ASSOMED



Solo quest'anno stimiamo in 7 mila il numero di colleghi che lascerà le corsie per andare all'estero

**Lazio, Lombardia,
Veneto e Piemonte
le Regioni da cui
si "scappa" di più**



LA SITUAZIONE

WITHUB

+30%

L'aumento nei primi 10 mesi del 2024 della quota di professionisti della salute disposti ad espatriare

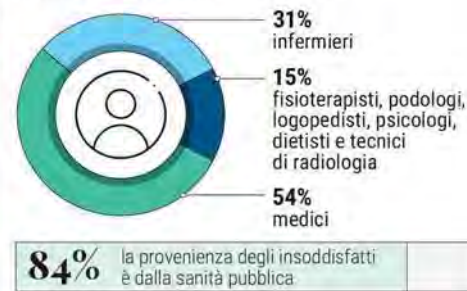
14.100

Gli operatori che dal 1° gennaio 2023 al 31 ottobre 2024 hanno chiesto informazioni su come trasferirsi all'estero

Le Regioni più colpite dalla fuga annunciata



Identikit di chi vuole trasferirsi



LA SANITÀ MALATA

Malati cronici e pazienti over 75
l'esercito degli "inassicurabili"

PAOLORUSSO - PAGINE 14 E 15

Inassicurabili

Con l'aumentare della spesa sanitaria privata il ruolo delle compagnie è sempre più cruciale. Ma tra malati cronici e Over 75 c'è un esercito di pazienti che rimane escluso dalle coperture

PAOLORUSSO
ROMA

Liste di attesa e ambulatori dei medici di famiglia affollati oltre che aperti per poche ore spingono sempre più italiani verso fondi e casse sanitarie integrative. Ma a parte chi non può permetterselo, tra limiti di età, esclusioni di chi una malattia seria ce l'ha già e aziende che non versano i contributi per i fondi contrattuali, alla fine per la metà della popolazione anche il terzo pilastro diventa un miraggio.

E anche questo spiega perché siano oramai 4 milioni e mezzo gli italiani che alzano le mani rinunciando alle cure. Senza contare che anche quel 25% di assistiti che una cassa sanitaria, un fondo o una polizza ce l'hanno, in molti casi possono contare su una copertura delle spese risibile, perché i dati Istat mostrano che su 41,5 miliardi di spesa sanitaria privata appena 4,6 miliardi sono intermediati dal terzo pilastro, contro 36,8 miliardi di «out of pocket», ossia di spesa sostenuta aprendo direttamente il portafogli. A volte con il rischio di andare incontro a spese catastrofiche, perché un conto è pagare un premio o un contributo al fondo, un'altra è pagarsi risonanze, Tac, riabilitazione e visite specialistiche sempre più costose

nel mercato privato.

Ma partiamo dall'esercito degli «inassicurabili». Secondo l'Iss, in Italia i malati cronici sono oramai 14 milioni. E se si ha una patologia seria già la maggioranza delle forme assicurative ti taglia fuori. Anche se dopo la legge sull'oblio oncologico, dopo cinque anni dalla terapia un malato di cancro può considerarsi guarito e avere tutto il diritto di essere assicurato, come ha appena ricordato alle compagnie con una missiva l'Ivass, l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che ha anche intimato a queste ultime di informare gli ex malati della possibilità di essere assicurati.

Come fa sapere sempre l'Istituto, non possono poi essere assicurate persone con problemi di tossicodipendenza e alcolismo e nemmeno chi pratica sport pericolosi, come il paracadutismo. Per escludere chi ha una salute già precaria all'estero, ma ora anche in Italia - informa sempre l'Ivass - «si stanno diffondendo polizze che comprendono strumenti digitali, come i braccialetti elettronici, in grado di ricavare informazioni precise sullo stato di salute dei clienti».

Negli Stati Uniti, per esempio, sono sbarcati gli «activity tracker», che mo-

nitorano, attività fisica, dieta e sonno tramite app da scaricare sugli smartphone.

Ma la barriera più alta per accedere alla sanità integrativa è quella innalzata dall'età. «Le polizze prevedono oggi il limite di 75 anni per la sottoscrizione, con possibilità di rinnovo, in genere fino al compimento degli 80 anni, con rare eccezioni di prodotti che consentono di andare oltre, ma mai sopra gli 85 anni», spiega Antonella Dragotto, responsabile comunicazione dell'Ivass. Conti alla mano, con i dati del censimento Istat saltano fuori altri 7 milioni di esclusi.

I fondi contrattuali, informano invece dall'Ania, l'associazione degli assicuratori, una volta andati in pensione prorogano invece la possibilità di rimanere iscritti anche oltre gli ottanta anni, in alcuni casi 90, ma anche qui con coperture più small.

Ma la sanità integrativa resta un tabù anche per 7 milioni di lavoratori dipen-



denti del settore privato e loro familiari, vittime dell'evasione contributiva delle aziende. Il 40% di loro infatti, nonostante il benefit del fondo integrativo sia previsto dai contratti nazionali, non paga. Percentuale che sale considerevolmente al Sud, tra le imprese medio-piccole solitamente poco sindacalizzate.

E quelli che invece al terzo pilastro si possono poggiare? Anche per loro, il sostegno rischia di non tenere il peso delle cure. A dirlo sono i numeri, perché se la percentuale di chi ha una qualche forma di copertura integrativa è del 25%, la spesa coperta è appena il 2,7% della spesa sanitaria

complessiva, il 10% di quella privata.

Il fatto è che di casse sanitarie come quelle del commercio, che chiedono sui 250 euro l'anno, ce ne sono molte. Raccolgono tanti iscritti ma pochi contributi, sufficienti a pagare una visita o poco più. Così, per tanti iscritti la coperta continua ad essere corta anche quando si tratta di tirarla dalla parte dell'integrativa. Che però continua ad attrarre sempre più italiani. Basta gettare uno sguardo ai dati Ania sull'andamento delle polizze individuali.

Nel 2021 la raccolta premi era di un miliardo, in crescita del 10,8% rispetto all'anno precedente, con

circa 2,3 milioni di polizze attive (+ 12,7% rispetto al 2020). Nel 2022 la raccolta è salita di un altro 18,2% e il numero di polizze del 16,5%. Fino ad arrivare al 2023 con 1,4 miliardi di raccolta in aumento del 16% e 3,5 milioni di polizze, + 33,1% rispetto all'anno prima, oltre il 62% di incremento degli assicurati contro le malattie in soli tre anni, mentre la raccolta premi è raddoppiata in un decennio.

Così, alla fine dei conti gli italiani rischiano di pagare la sanità tre volte: la prima con le tasse per finanziare il servizio pubblico in panne; la seconda versando contributi e premi a casse, fondi e polizze; la

terza ricorrendo al portafoglio, il secondo pilastro della nostra sanità malata che deve sempre più spesso venire a sostegno della situazione quando né il primo e nemmeno il terzo fanno la loro parte. —

Le prestazioni fuori dal Ssn costano 41,5 miliardi: solo 4,6 sono ripagati dai fondi

Così su La Stampa



Il servizio pubblicato ieri su La Stampa, dove veniva evidenziata la situazione legata alle richieste dei medici di andare a lavorare all'estero. Un'emorragia di professionalità come avviene anche nel mondo della ricerca

I dipendenti di aziende che evadono il Fisco perdono i benefici di legge

Le cure Sempre più italiani rischiano di rimanere senza cure perché l'assistenza pubblica va a rilento e le assicurazioni pagano soltanto a determinate condizioni

Antonella Dragotto

Molte persone fanno fatica a capire qual è la copertura oppure il motivo del rifiuto di pagare alcuni rimborsi



I DATI SULLA SANITÀ

WITHUB



4,5

milioni
Gli italiani che rinunciano alle cure



25

per cento
Chi ha una cassa sanitaria, un fondo o una polizza assicurativa complementare



41,5

miliardi
È l'importo della spesa sanitaria privata



36,8

miliardi
È la spesa sostenuta direttamente dai cittadini



14

milioni
I malati cronici in Italia



7

milioni
I lavoratori senza diritto all'assistenza perché dipendenti da aziende che evadono il Fisco



1,4

miliardi
I fondi raccolti dalle casse sanitarie private



3,5

milioni
Le polizze stipulate



LA LETTERA

Nino Cartabellotta

Qualcuno salvi
la Sanità pubblica

Nino Cartabellotta

Salviamo la Sanità pubblica

Il nostro sistema
è un miracolo italiano
ma mancano risorse
Per sopravvivere
deve tornare a essere
una priorità di tutti

NINO CARTABELLOTTA

Caro Babbo Natale, tu che viaggi in tutto il mondo per consegnare i regali, sei il mio testimonial d'eccezione. Perché in occasione dei tuoi malanni, in Italia sei stato sempre curato con grande competenza professionale, grande umanità e, soprattutto, senza chiederti alcuna polizza assicurativa o carta di credito. Questo miracolo italiano è possibile perché il 23 dicembre 1978, mentre tu preparavi la slitta, il mio atto di nascita sanciva che dovevo «promuovere, mantenere e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione», nel rispetto dell'uguaglianza e della libertà di tutte le persone.

Ma a fronte della mia generosità vengo continuamente maltrattato da tutti, quasi feroce colpevole di esistere. Da tutti i Governi che non hanno mai sufficienti risorse per il mio sostentamento, a 21 Re-

gioni libere di condizionare la tutela della salute al CAP di residenza delle persone. Da frodi e ruberie che prosciugano risorse preziose, alla gestione delle aziende sanitarie come un'industria manifatturiera. Da manager spesso obbedienti solo a chi li ha messi sulla poltrona, a sterili battaglie tra categorie professionali, sindacati, società scientifiche: gli uni contro gli altri armati a difendere strenuamente il proprio orticello. Sino a cittadini e pazienti che mi hanno scambiato per un Supermercato Sanitario Nazionale.

Mi sono già rivolto a tutti, senza successo, per salvare il salvabile. Ma prima di levare le tende, sempre più stanco e deluso, mi appello disperatamente alla tua capacità di soddisfare i desideri di grandi e piccini. E nel giorno del mio 46° compleanno, ecco la lista dei regali che vorrei trovare sotto l'albero per poter garantire a tutti il bene più

prezioso.

- Vorrei che tutte le forze politiche mettessero nero su bianco le loro intenzioni sul mio destino, perché la tutela della salute viene prima di tutto ed è una leva essenziale per lo sviluppo economico del Paese.
- Vorrei un Governo che riapra definitivamente la valvola dell'ossigeno per garantire la mia dignitosa sopravvivenza, senza estenuanti tira e molla in occasione dell'annuale Legge di Bilancio.
- Vorrei che Stato e Regioni smettessero di perdere energie in scaramucce, dimenticando che la loro leale collaborazione rappresenta quella Repubblica a cui l'articolo 32 affida la tutela della salute.
- Vorrei che qualcuno regolamentasse la «concorrenza»



perché, se le assicurazioni continueranno ad insinuarsi tra le mie crepe, io morirò senza funerale. E tutti si accorgeranno del mio trapasso quando dovranno esibire la carta di credito anche al pronto soccorso.

• Vorrei un'adeguata valorizzazione di tutte le mie «maestranze», oltre al loro ricambio generazionale per infondermi energie e motivazione. Al tempo stesso, chiedo a tutti i miei fidi lavoratori un nuovo spirito collaborativo e una rinnovata etica professionale per riconquistare i tanti valori perduti.

• Vorrei che l'Università trasferisse il mio valore alle nuove generazioni: è sempre più imbarazzante accogliere giovani entusiasti e scoprire che, dopo tanti anni di studio, non mi conoscono affatto.

• Vorrei più risorse pubbliche per la ricerca indipendente, per scoprire cosa serve realmente alla salute delle persone e non per alimentare solo prestigiose pubblicazioni irrilevanti.

• Vorrei che i cittadini ridimensionassero le irrealistiche aspettative per una medicina mitica e una sanità infallibile, perché la morte è inevitabile e non tutte le malattie possono essere guarite. Ricordando a tutti che io sono venuto al mondo per tutelare la loro salute, non per soddisfare capricci che rischiano di danneggiarla, perché troppi farmaci ed esami diagnostici inutili fanno male.

• Vorrei che tutte le politiche ambientali, industriali e sociali fossero orientate dalla salute pubblica, perché in un pia-

neta sano tutti si ammalano meno.

• Vorrei che la scienza guidasse sempre le scelte di chi decide sulla salute delle persone, ricordando che in medicina le ragionevoli certezze non sono bianche o nere, ma sfumano in una scala di grigi che muta continuamente.

Sì lo so, caro Babbo Natale, sto chiedendo troppo e tu non sai come far passare tutti questi regali dal camino. Nessun problema, lasciali pure dove vuoi perché io da 46 anni sono sempre sveglio h24 e 7 giorni su 7 per tutelare, sempre più a fatica, la salute di 60 milioni di persone.

Il tuo insostituibile Servizio Sanitario Nazionale—

Cittadini e pazienti pensano che sia un Supermercato Sanitario nazionale

Così su La Stampa

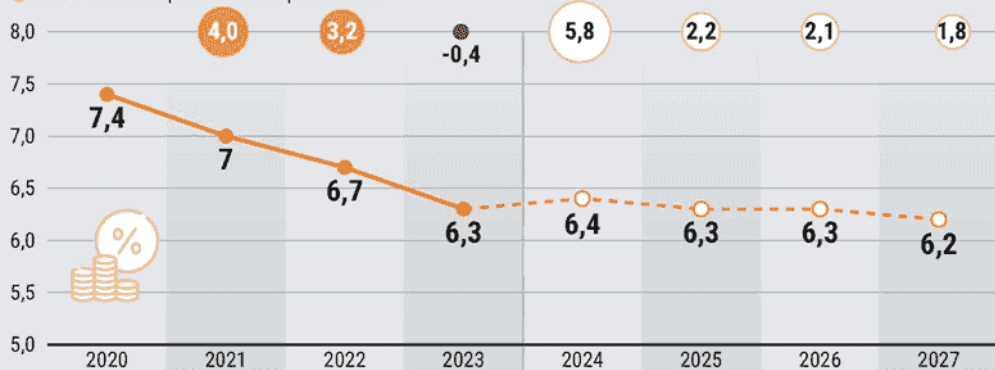


I servizi usciti negli ultimi due giorni sulla situazione della Sanità in Italia. Il primo riguardava il problema di medici, infermieri e altro personale sanitario in fuga dal nostro Paese verso nazioni dove condizioni di lavoro e retribuzione sono migliori. Nel secondo, veniva esplorato il mondo dei medici generali, in costante calo e subissati di richieste da parte dei malati

LA SPESA SANITARIA

In % sul Pil dal 2020 al 2023 e le previsioni fino al 2027

○ Variazione % rispetto all'anno precedente



Fonte: Def (aprile 2024)

WITHUB

Le politiche sociali e industriali siano orientate alla salute per ammalarsi di meno



Cause temerarie, medici nel mirino: il 97% è innocente

► Ogni anno 35mila denunce: «È una gogna»
L'ipotesi di riforma: punire solo la colpa grave

Mauro Evangelisti

Ogni anno vengono presentate 35mila denunce e 300mila fascicoli per presunti errori sanitari si sono accumulati nei tribunali. Eppure, nel 97% dei casi finisce con l'archiviazione e il proscioglimento. «Ma per noi è la gogna», denunciano i me-

dici. Il magistrato D'Ippolito: «Puniamo solo la colpa grave, i sanitari devono poter lavorare con serenità».

A pag. 14

Boom di cause ai medici e il 97% finisce nel nulla «Ma per noi è la gogna»

► Ogni anno 35 mila denunce. Il magistrato D'Ippolito guida la commissione che studia la riforma: «Puniamo solo la colpa grave, i sanitari devono poter lavorare con serenità»

IL CASO

ROMA «Finisci alla gogna, ti ritrovi nel tritacarne, con la preoccupazione che ti perseguita, resti in attesa che si concluda l'inchiesta anche se sai che hai fatto il tuo dovere. Devi pagarti l'avvocato, 15-20mila euro, aspettando che si pronuncii il Giudice per le indagini preliminari. Certo, l'azienda sanitaria te li rimborserà se la tua posizione sarà archiviata, ma nel frattempo hai mille pensieri che ti girano in testa ogni giorno. Nel mio caso le indagini sono durate quattro anni e mezzo e come era facilmente prevedibile il Gip ha di-

sposto l'archiviazione. Ma si può lavorare così?». Il racconto è di un dottore di un pronto soccorso romano che preferisce l'anonimato, uno dei tanti medici di prima linea: una notte ha accolto una paziente cardiopatica, l'ha seguita, ha disposto la visita dallo specialista che si è preso cura di lei.

Purtroppo la donna è deceduta, i familiari hanno presentato denuncia. E di lì è iniziata quella fase di incertezza logorante. Gli ultimi dati disponibili raccontano che in un anno succede almeno 35mila volte e 300mila fasci-

coli per presunti errori sanitari si sono accumulati nei tribunali. La metà è concentrata tra Lazio e Lombardia. Eppure, nel 97 per cento dei casi finisce con l'archiviazione e il prosciogli-



mento. Questi numeri sono stati esaminati anche dalla commissione sulla colpa medica, disposta dal ministro della Giustizia, Carlo Nordio, e guidata dal magistrato Adelchi d'Ippolito. Che al termine dei lavori ha presentato una proposta per quella che, con una semplificazione, era stata definita «depenalizzazione dell'errore medico». Dice d'Ippolito: «Vogliamo porre il medico nella condizione di ope-

rare in totale serenità, senza nulla togliere però alla tutela giuridica del cittadino. Abbiamo quindi ritenuto di proporre al ministro che la responsabilità penale del medico possa ravvisarsi solo in caso di colpa grave e naturalmente di dolo. E per ridurre il numero delle denunce ipotizziamo l'introduzione dell'istituto della notizia criminis temeraria. Se la denuncia dovesse risultare infondata perché si fa un uso improprio dello strumento penale, magari si è denunciato penalmente il medico al fine di ottenere un risarcimento economico, riteniamo che tali denunce non solo non possano concludersi con una condanna, ma debbano essere sanzionate con una pena pecuniaria». Tra le proposte della commissione c'è anche la possibilità del pubblico ministero di archiviare in tempi rapidi la denuncia se è evidente che non ci sono responsabilità, in modo da non lasciare il medico per anni in una situazione di disagio e incertez-

za. In campo civile la commissione D'Ippolito ha proposto che l'onere della prova debba essere posto sempre a carico dell'attore, che debba cioè essere chi denuncia ad allegare i motivi a sostegno delle proprie lamenti.

Sia chiaro: gli errori dei medici esistono e in alcuni casi sono molto gravi e vanno perseguiti, ma proprio per garantire giustizia a pazienti e loro familiari che ne sono stati realmente vittima è necessario arginare il fenomeno delle denunce in molti casi infondate. Se tutto è malasania, nulla è malasania. E lo dimostrano le statistiche, se è vero che una percentuale sotto il 5 per cento termina con la condanna. In alcuni casi, poi, la denuncia penale è una forma di pressione per poi ottenere un risarcimento in sede civile.

LA CACCIA AL RESPONSABILE

Racconta il medico del pronto soccorso che per quattro anni e mezzo ha dovuto aspettare l'archiviazione: «Non di rado c'è anche un effetto collaterale molto grave, la gogna pubblica perché faticosi a spiegare che tu hai fatto il possibile. Ma siamo in una società che non accetta più la possibilità di un errore anche quando hai fatto del tuo meglio. O semplicemente non si accetta che purtroppo l'esito di una malattia possa essere anche il decesso. In parallelo poi si alimen-

ta anche il fenomeno delle aggressioni ai danni di medici e infermieri». Ci deve sempre essere un responsabile, un errore, un colpevole, è un meccanismo che in effetti è stato alimentato dalla comunicazione vorticoso dei social. In Europa una legislazione come quella italiana sugli errori medici esiste solo in Polonia. «Non dimentichi - aggiunge d'Ippolito - un'altra conseguenza che può derivare se il medico opera in condizioni di poca serenità: la medicina difensiva. Vale a dire che il medico o fa troppo (prescrizioni inutili, dannose, costose) o fa troppo poco (elude la domanda del paziente)». Cosa significa? Ne ha parlato anche il ministro della Salute, Orazio

Schillaci: di fronte al rischio della denuncia penale, i medici prescrivono esami e analisi inutili, a volte perfino nocivi. Questo ovviamente contribuisce all'intasamento delle liste d'attesa. Ed è stato calcolato che la medicina difensiva, le prescrizioni non appropriate, comporti una spesa annua, secondo dati che furono diffusi da Agenas, ben al di sopra dei 10 miliardi di euro. Per il 2025 il governo ha prorogato lo scudo penale per le professioni sanitarie.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NEI TRIBUNALI 300MILA
FASCICOLI ACCUMULATI
LA CONSEGUENZA È LA
MEDICINA DIFENSIVA:
ESAMI E CURE
INUTILI PER TUTELARSI**

**ALLO STUDIO ANCHE
UNA SANZIONE
PER DISINCENTIVARE
I RICORSI
PALESEMENTE
INFONDATI**



L'intervista Antonio Magi

«L'errore sia depenalizzato conviene anche ai pazienti»

«Il nostro lavoro è diventato molto difficile perché non siamo sereni. In Italia, unico paese in Europa, c'è un utilizzo della denuncia penale in maniera strumentale così frequente. Questo condiziona l'attività del medico, anche se quando va a lavorare ha come priorità il bene del paziente». Antonio Magi è il presidente dell'Ordine dei Medici di Roma e Lazio e avverte: «così non si può continuare perché ormai siamo quotidianamente bersagliati da denunce penali per poi finire alla gogna».

Quali sono le conseguenze di questo fenomeno? In che modo incide sulla vostra professione?

«I medici non sono mai tranquilli, sanno che per un qualsiasi pretesto si viene denunciati e poi coinvolti in indagini penali. E dovranno pagarsi l'avvocato, con spese molto significative. L'errore medico, tranne per il dolo (se uno va a lavorare ubriaco o sotto effetto di sostanze stupefacenti), va considerato con razionalità e senso della misura».

C'è stato un incremento delle denunce negli ultimi anni?

«Sì, nonostante il fatto che nella stragrande maggioranza dei casi finiscano con un nulla di fatto. Però sono sempre più numerose perché si usa lo strumento della denuncia penale per poi arrivare al civile. È una forma di pressione. Pensi a Roma al caso del professor Gualdi, dove la situazione

è oggettivamente complessa. Io ho chiesto a tutti di abbassare i toni, anche gli avvocati. Accusare pubblicamente una persona senza contraddittorio non è accettabile».

Cosa si può fare per riportare non solo serenità negli ambulatori e negli ospedali, ma anche una maggiore razionalità?

«Il governo, con la commissione Nordio, ha preparato una serie di proposte per arrivare alla depenalizzazione dell'errore medico. Ci sono idee molto interessanti, che potrebbero portare a un rasserenamento del clima. Ed eviterebbe la medicina difensiva che ci costa molto più di 10 miliardi di euro all'anno, pensi se potessimo usarli per ridurre le liste di attesa e migliorare assistenza».

Cosa significa medicina difensiva?

«C'è quella positiva: il medico prescrive analisi ed esami inutili solo per premunirsi in caso di denunce. Ma c'è anche quella negativa: c'è chi, di fronte a un caso particolarmente complicato, si tira indietro per non rischiare, sa che se non arrivasse il risultato sperato, poi potrà essere chiamato a rispondere in tribunale. Una cosa gravissima, ma purtroppo accade».

Un medico è obbligato ad assicurarsi in vista di possibili cause civili?

«In una struttura pubblica solo per colpa grave è diritto di rivalsa. E c'è anche una stortura: a volte le assicurazioni non concedono la polizza perché non c'è chiarezza sul valore del danno, è troppo aleatorio».

Questo clima crea un altro effetto collaterale: le numerosi aggressioni ai danni dei medici.

«Verissimo. Guardi, parliamo di un danno reale, perché si sta perdendo il rapporto fiduciario tra medico e paziente. Ormai tutto diventa malasanità, che esiste, ma non può essere sempre malasanità. I medici più di frequente salvano le vite, aiutano le persone. C'è un dato curioso: il 13 per cento delle aggressioni negli ospedali vengono compiute da persone che si trovano lì per caso, che non sono né il paziente né un familiare».

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PRESIDENTE DELL'ORDINE DI ROMA: COSÌ SI POTREBBERO RICAVARE 10 MILIARDI PER MIGLIORARE LA SANITÀ

OGGI A VOLTE UN MEDICO SI TIRA INDIETRO PER NON RISCHIARE DI ESSERE DENUNCIATO SE LE COSE VANNO MALE



Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici di Roma e del Lazio



La sanità

Pronto soccorso in crisi “Parcheeggi per malati che aspettano un ricovero”

In un anno sono più di seimila i pazienti morti dopo essere rimasti per oltre 24 ore in emergenza. Il Lazio maglia nera. “Colpa del taglio di posti nei reparti di medicina”

di **Michele Bocci**

ROMA – Freddo, influenza, ferie natalizie dei medici di famiglia e del personale sanitario ospedaliero: in questo periodo si manifesta il mix perfetto per mandare in crisi i pronto soccorso italiani. Nelle stanze dell'emergenza d'inverno le attese diventano lunghissime anche per chi ha patologie che richiederebbero il ricovero, mentre tanti codici bianchi con problemi banali abbandonano prima che un dottore possa vederli, estenuati dai tempi biblici per ottenere una visita. La tensione sale e si manifesta anche tra colleghi. Chi si occupa di urgenza chiede con insistenza posti letto ai responsabili dei reparti di degenza.

Quanto avvenuto a Palermo, dove una donna è morta dopo aver atteso per ben otto giorni su una barella di essere ricoverata, è il caso estremo, che però racconta un problema diffuso: i servizi di emergenza faticano e a farne le spese sono prima di tutto i cittadini. Nel 2023 sono morte 6.555 persone che aspettavano da almeno 24 ore di essere spostate in un reparto. Quasi un terzo di queste, circa 2 mila, si trovavano in ospedali del Lazio. Al di là dei decessi, capita in molte Regioni che i malati stiano più di due giorni ad aspettare il trasferimento. Con il freddo si aggravano problemi respiratori, malattie cardiache e in gene-

rale patologie croniche e quindi sono soprattutto gli anziani ad occupare i lettini.

È come se una città di medie dimensioni rimanesse bloccata in barella. Sono ben 330 mila, infatti, gli italiani che ogni anno trascorrono almeno 48 ore all'interno di un pronto soccorso, ad aspettare che si trovi un posto per ricoverarli. La Regione con più problemi è il Lazio, dove addirittura il 15% di coloro ai quali serve un ricovero devono avere pazienza, se ci riescono, almeno per due giorni. Almeno, perché a volte i tempi sono più lunghi.

«Non è accettabile una cosa del genere, si tratta di un'offesa alla dignità della persona». A reagire così è Alessandro Riccardi, il nuovo presidente di Simeu, la società scientifica dell'emergenza-urgenza. Lui fa il primario a Pietra Ligure. «Il ministero ha imposto un massimo di otto ore di tempo per far uscire dal pronto soccorso chi è già stato indirizzato in un reparto. Purtroppo in tanti casi il limite non viene rispettato». E i pronto soccorso diventano parcheeggi per i malati.

Nel 2023 nelle stanze dell'emergenza degli ospedali italiani sono arrivate 18,6 milioni di persone. Il dato cresce dal 2020 ma nel 2019 i numeri erano più alti. Ad avere bisogno di un ricovero sono circa 2,1 milioni di persone. «C'è un depauperamento di posti nei reparti di medicina e questa è la causa principale di quello che sta accadendo», aggiunge Riccardi. L'assistenza nei pronto soccorso non è adeguata e il prima-

rio spiega bene come mai. «Il nostro non è lo spazio giusto per seguire questi malati, intanto perché il personale pensa all'emergenza e può fornire loro solo un'assistenza discontinua. E poi chi sta in pronto soccorso non si riposa, si trova tutto il giorno esposto a rumori e luci, perde l'alternanza tra il giorno e la notte. Questa situazione porta alcuni anziani al delirium. Anche la dignità dei parenti non è rispettata, visto che hanno grandi difficoltà a fare visita ai loro cari».

A rendere difficilissima la situazione sono anche le carenze di organico, ormai croniche, visto che sono molto pochi i giovani medici che vogliono occuparsi di emergenza. Ieri pomeriggio e ieri notte, racconta Giovanni Noto, primario a Ragusa, dove arrivano tra gli 80 e i 100 casi urgenti al giorno, da lui c'era un solo camice bianco di turno. «La situazione è drammatica – dice – Già dobbiamo seguire l'attività ordinaria, in più i pochi dottori presenti sono assorbiti anche dall'assistenza di chi aspetta un posto in reparto. Avremmo sei letti di osservazione ma li usiamo, insieme ad un'altra decina di barelle messe nei corridoi, per dare appunto un posto a chi aspetta il ricovero». Si tratta spesso di persone anziane con tante patologie, come la donna di Palermo. «Quella paziente – dice Noto – è rimasta per otto giorni in attesa perché apparentemente non sembrava più grave dei tanti altri che come lei avevano bisogno di un letto».



«Le tecnologie sanitarie cambiano presto, non servono altri otto anni»

Le imprese

L'aggiornamento risale al 2017, ma nel frattempo le innovazioni avanzano

Al di là della partita sulle tariffe che si chiuderà, si spera presto, nei tribunali amministrativi, resta il fatto che ci sono voluti finora 8 anni per aggiornare le prestazioni che deve erogare il Servizio sanitario ai cittadini. «L'aggiornamento dei Lea risale al 2017 ed è sicuramente un passo avanti visto che prima eravamo fermi al 1996 per la protesica e il 1999 per la specialistica ambulatoriale, solo che oggi le tecnologie in Sanità cambiano rapidamente ogni due tre anni e quindi quelle scelte otto anni fa non sono più così attuali», avverte Nicola Barni presidente di Confindustria dispositivi medici che rappresenta le imprese che quelle tecnologie produce e vende ad Asl e ospedali.

«Questo processo va gestito con una revisione continua senza aspettare tanti anni, i Lea andrebbero aggiornati con cadenza almeno biennale o triennale», sottolinea ancora Barni. Che punta i riflettori soprattutto sulla parte dell'assistenza protesica (esclusa dal ricorso del Tar) che garantisce ausili e protesi di ogni genere ai disabili: «A parte il rischio di tecnologie obsolete risalenti al 2017 c'è il problema che so-

prattutto per le disabilità più gravi sono necessari ausili su misura e personalizzati e non standard acquistati con gara che non soddisfano i bisogni di cura e che obbligano spesso i pazienti a mettersi le mani in tasca. Su questo confidiamo che il ministero della Salute intervenga presto», conclude il presidente di Confindustria dispositivi medici che per il 2025 chiede anche un «segnale importante» sull'payback che mette a rischio la vita delle imprese e l'arrivo delle tecnologie.

Anche per Tonino Aceti presidente di Salutequità «l'entrata in vigore dei nuovi Lea arrivata con circa 8 anni di ritardo rispetto alla loro approvazione li rende già vecchi, sia rispetto ai nuovi bisogni della popolazione che al progresso tecnologico. È la stessa Corte dei conti a sottolineare come nell'ultimo anno la Commissione per l'aggiornamento dei Lea abbia già approvato 9 richieste di aggiornamento "isorisorse" e altre 12 che comportano oneri per la finanza pubblica». In effetti i tecnici del ministero della Salute stanno già lavorando a due decreti (un Dpcm e un Dm) per aggiungere presto nuove presta-

zioni con uno stanziamento di 155 milioni e che tra le altre cose aggiunge nuovi screening neonatali (come quello per la Sma) e nuove prestazioni per i disturbi alimentari come un ciclo di 10 sedute di terapia psicoeducazionale. «Serve una approvazione a strettissimo giro, ma non basta» aggiunge il presidente di Salutequità. Che ricorda come la storia insegna che «approvare nuovi diritti non è sufficiente, bisogna monitorarne la loro effettiva garanzia in tutti gli angoli del Paese, attraverso un sistema robusto di valutazione e controllo dei Lea a garanzia dell'equità di accesso alle cure. Purtroppo invece, quello che abbiamo oggi è molto fragile e non misurerà nel 2025 i nuovi diritti. Come pure non abbiamo standard per l'erogazione delle nuove prestazioni come ad esempio la Procreazione medicalmente assistita».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il dossier

I piccoli vantaggi su casa, famiglia e sanità Per pensioni e fisco riforma rinviata

di **Valentina Conte**

La manovra delle proroghe: cuneo, Irpef, social card. Dei tagli: ministeri, enti locali, ecobonus. Delle tasse: il canone Rai aumenta, le detrazioni scendono. Dei "prestiti": quelli da banche e assicurazioni. Delle briciole: a sanità e pensioni, con appena 1,8 euro in più alle minime. E dei grandi ritorni: il bonus bebè. La terza legge di bilancio da 30 miliardi del governo Meloni galleggia sul filo del minimo indispensabile.

La svolta sulla natalità non c'è. L'abolizione della legge Fornero neppure. Le retribuzioni non aumentano. Il Sud lasciato con qualche miliardo in meno. Il taglio dell'Irpef al ceto medio neppure avvistato. Sarà anche ricordata per la manovra che voleva alzare gli stipendi di ministri e sottosegretari non eletti. Mentre fuori dal Palazzo l'inflazione falcidia portafogli e carrello della spesa. E avanzano le crisi industriali.

Una manovra, calcola l'Ufficio parlamentare di bilancio, destinata a spingere il Pil dello 0,3% appena il prossimo anno. Il quadro macroeconomico però si è deteriorato. La crescita rallenta allo zero virgola, quasi dimezzata rispetto alle stime del governo. Un guaio. Il Piano di bilancio, concordato con la Commissione Ue, prevede un deficit al sicuro, sotto al 3% del Pil, nel 2026. Arrivarci non sarà così facile.

Edilizia

Ristrutturazioni, ultimo anno al 50% Arriva lo sconto sugli elettrodomestici

Tagli in vista per i bonus che agevolano le ristrutturazioni di casa. L'aliquota al 50% (su 96 mila euro di spesa) si conferma solo per i proprietari di prime case e solo per il 2025. Poi passerà al 36%, nel 2026 e 2027. Discesa immediata, al 36% nel 2025, per le seconde case con un'ulteriore sforbiciata al 30% nel biennio successivo. Su tutto, vige il taglio generalizzato e progressivo alle spese



detraibili, che parte dai redditi lordi oltre 75 mila euro (massimo di 14 mila euro di spese ammesse) con meccanismi di adeguamento ai carichi familiari. Sotto gli stessi tetti progressivi finiscono anche le agevolazioni Eco e Sismabonus. L'incentivo più generoso rimane così il bonus barriere architettoniche: gli interventi per abbatterle restano premiati con bonus al 75% fino alla fine del prossimo anno. Sparisce il bonus verde, così come il

Superbonus al 65% in condominio (salvi solo i lavori con Cilas depositata entro il 15 ottobre scorso). Confermato il bonus mobili al 50% (tetto di spesa a 5 mila euro) per gli arredi acquistati nell'ambito di una ristrutturazione. Per il debutto di quello ad hoc per gli elettrodomestici (contributo del 30% per la rottamazione di un vecchio apparecchio in cambio di uno nuovo, efficiente e made in Europe, con tetto a 100 euro o 200 con Isee sotto 25 mila euro), vengono meno quello per il verde al 36% e per le caldaie a gas. a.d.



Tasse

Tagliato il cuneo fiscale a 19 milioni di persone Tetti alle detrazioni

La conferma, in modo strutturale, del taglio al cuneo e all'Irpef pesa per oltre la metà della manovra: 17 miliardi su 30. Il primo diventa un taglio fiscale e non più ai contributi previdenziali, attraverso un mix di bonus e aumento delle detrazioni. In questo passaggio, documenta l'Upb, un milione e 115 mila contribuenti ci perderanno da gennaio: 805 mila solo in parte e 310 mila usciranno dal beneficio. Mentre 2 milioni prenderanno in media 305 euro all'anno in più. La platea coinvolta si



allarga ad altri 3,6 milioni per un totale di 18,8 milioni di lavoratori dipendenti fino a 40 mila euro di reddito. La manovra 2025 rende permanente anche la riduzione dal 25 al 23% dell'aliquota applicata al

secondo scaglione Irpef, quello con redditi tra 15 mila e 28 mila euro, che viene portata al livello del primo scaglione. Si determina così un taglio da quattro a tre degli scaglioni. Viene anche alzata la detrazione per lavoro dipendente da 1.880 a 1.955 euro, per i redditi fino a 15 mila euro. L'annunciato taglio alle tax expenditures, le spese fiscali, si traduce nell'introduzione di tetti massimi di spesa detraibile per i contribuenti con reddito superiore a 75 mila euro e 100 mila euro che variano in base al numero dei figli a carico. Un taglio che vale 230 milioni nel 2026, raggiunge 380 milioni nel 2029 e circa 900 milioni a regime. Salvo le spese sanitarie. v.co.

Salute

Mini aumenti per medici e infermieri Regioni contente

Anche infermieri, ostetriche, psicologi, tecnici di radiologia e altri professionisti sanitari potranno andare in pensione a settant'anni, così come i medici. Ovviamente la scelta sarà loro e potranno farla anche se hanno superato i 40 anni di servizio. È una delle ultime misure dedicate alla sanità inserite nella manovra, dove si conferma il livello di finanziamento del fondo nazionale che ha provocato grandi polemiche alcune settimane fa. Per l'anno prossimo le Regioni avranno 2,5 miliardi in più



(compresi gli 1,2 già previsti nel 2023), e 5 miliardi nel 2026. I fondi sono giudicati insufficienti da opposizioni, medici e parte delle Regioni. E i professionisti hanno fatto polemiche, e

scioperi, anche per gli aumenti troppo ridotti previsti per loro in manovra. Si tratta di 50 milioni per le indennità per chi lavora nel pronto soccorso, dei soldi per dare 50 euro in più al mese agli specializzandi, dell'incremento dell'indennità di specificità per i camici bianchi (17 euro in più al mese l'anno prossimo e 115 dal 2026). Gli aumenti annui dell'indennità di specificità per gli infermieri saranno di 7 euro al mese nel 2025 e poi di 80. Per questi professionisti la tassazione degli straordinari passerà dal 15 al 5% (circa 2 euro in più l'ora). Inoltre sono previsti finanziamenti (molto contenuti) per contrasto all'obesità, assistenza psicologica, cure palliative. m.bo

Natalità

Torna il bonus bebé Un mese in più al congedo parentale

Torna il bonus bebé, ma solo per i genitori con redditi entro la soglia Isee di 40 mila euro. Il nuovo contributo si chiamerà "Carta per i nuovi nati", e vale 1.000 euro. Per la stessa fascia di reddito viene esteso a tutti il bonus nido, che prima era limitato a chi aveva un altro figlio sotto i 10 anni. L'importo massimo rimane di 3.600 euro. Una novità della legge di Bilancio 2025 è che l'assegno unico non viene conteggiato ai fini della



determinazione del reddito Isee, e quindi questo renderà più facile l'accesso al bonus, a cominciare da quello per il nido.

Per sostenere i genitori viene anche istituito il fondo "Dote famiglia", finanziato con 30 milioni di euro. Le famiglie con redditi Isee al di sotto dei 15 mila euro, e figli tra i 6 e i 14 anni, potranno chiedere contributi alle spese per lo sport o altre attività ricreative, per ciascun figlio. Confermato anche il bonus psicologo. A sostegno delle famiglie con figli anche norme fiscali: cambiano le detrazioni, con una stretta per i redditi oltre i 75 mila euro e una prima formulazione del quoziente familiare, richiesto dalle associazioni delle famiglie ma contestato da economisti ed economiste che ritengono che scoraggi il lavoro femminile, rendendolo poco conveniente ai fini delle entrate complessive. Dal 2025 inoltre il congedo parentale retribuito all'80% passa da due a tre mesi. r.am.

Imprese

Solo 400 milioni per ridurre l'Ires Il rebus degli incentivi

È povero il pacchetto di misure che la legge di Bilancio dedica alle imprese. L'emblema è l'ultima entrata, quella su cui Confindustria ha concentrato il pressing, cioè l'Ires premiale per le aziende che reinvestono gli utili. Vale appena 400 milioni, contro i 5 miliardi sognati dagli industriali: l'aliquota scenderà di 4 punti il prossimo anno ma una serie di condizioni stringenti - tra cui non aver fatto cassa integrazione - limiteranno in maniera radicale la platea. Nel testo finale della manovra tornano un po' di soldi al fondo



automotive, 400 milioni di euro tra il 2026 e il 2027 a sostegno della filiera, dopo che però lo stesso era stato svuotato per trasferire risorse alla Difesa. Prorogato, ma in versione indebolita e ristretta, lo sconto

contributivo per le piccole e medie imprese del Mezzogiorno che assumono in pianta stabile. Diventa strutturale il taglio del cuneo fiscale, vero, che nonostante vada tutto a vantaggio dei lavoratori permette anche alle imprese di abbassare il costo della manodopera. Ma se la priorità è rilanciare gli investimenti, stagnanti da mesi, il vero buco nell'acqua rischia di essere Industria 5.0, i 6 miliardi di incentivi Pnrr per la transizione fermi al palo per le enormi complessità. Il governo ha da un lato reso (un po') più semplice e conveniente l'accesso, dall'altro messo un tetto a Industria 4.0, l'apprezzato schema precedente a cui le aziende continuano ad attingere. Carota e bastone, ma non è detto bastino. f.sant



23 dic
2024

IN PARLAMENTO

S 24 **Ddl bilancio/ Ok Camera a fiducia con 211 sì. Il testo al Senato**

di Radiocor Plus

L'Aula della Camera ha approvato con 211 voti favorevoli e 117 contrari, la questione di fiducia posta dal Governo sull'approvazione del Ddl bilancio, nel testo identico a quello licenziato dalla commissione Bilancio. L'Assemblea proseguirà ora l'esame del provvedimento, relativamente agli articoli riguardanti le tabelle e agli ordini del giorno. A partire dalle 20, circa, i deputati passeranno all'esame della Nota di variazione messa a punto dal Consiglio dei ministri convocato appositamente e alle dichiarazioni di voto finale, atteso per le 22,30. Il provvedimento passerà quindi al Senato per il via libera definitivo attualmente previsto dopo Natale.



Il valore della Manovra è stato indicato per il 2025, al momento della sua presentazione in Parlamento, in circa 30 miliardi. Impostato con l'obiettivo prioritario di sostenere i redditi medio-bassi e le famiglie, soprattutto grazie alla conferma strutturale del taglio del cuneo fiscale e dello schema a tre delle aliquote Irpef, al bonus-bebè e all'estensione, tra l'altro, dei benefici contributivi per le mamme lavoratrici, il Ddl bilancio si è arricchito di una serie di novità rilevanti per il mondo delle imprese e del lavoro, come l'Ires premiale o la possibilità di andare in pensione a 64 anni (ma con 25 anni 'contributivi' e la previdenza complementare).

Tra proposte di modifiche accolte e nuove misure introdotte, per circa 300

correzioni in gran parte frutto di riformulazioni dei relatori, emergono la scomparsa, rispetto al testo originario, della figura dei revisori del Mef nelle società che hanno ottenuto finanziamenti pubblici (saranno gli organi già esistenti a vigilare) e l'attenuazione della stretta su criptovalute, salirà al 33% ma dal 2026, e webtax (torna la soglia dei 750 milioni di fatturato). In tutti e tre i casi la spinta alla rivisitazione delle norme è arrivata direttamente da settori della maggioranza. Così come è stata accettata la richiesta, avanzata tra gli altri dall'Anci, di mitigare il blocco del turnover nella Pa: il vincolo alle nuove assunzioni è saltato per Enti locali e Camere di Commercio. L'ampia serie di interventi di carattere infrastrutturali (tra questi un miliardo alla Tav e il finanziamento della Sibari-Catanzaro) fa registrare la rimodulazione del quadro finanziario del Ponte sullo Stretto con un aumento delle risorse in arrivo dal Fondo sviluppo e coesione a 3,8 miliardi, con un costo complessivo che supererà, secondo le stime attuali, i 12 miliardi. Sono quindi rientrati nella manovra i fondi per la Metro C di Roma.

Il Ddl interviene anche sulle concessioni delle reti elettriche. Il ministero dell'Ambiente e della Sicurezza energetica, sentita l'Arera e il ministero dell'Economia valuteranno i piani straordinari di investimento dei concessionari del servizio di distribuzione dell'energia elettrica E in caso di approvazione scatterà la rimodulazione delle concessioni in atto, 'per un periodo non superiore a venti anni'. Il nuovo meccanismo chiarisce, peraltro, che le eventuali maggiori entrate, "compatibilmente con gli obiettivi programmatici di finanza pubblica" andranno 'prioritariamente alla riduzione dei costi energetici delle utenze domestiche e non domestiche". Sempre in commissione Bilancio è stata votata l'autorizzazione al ministero delle Infrastrutture a sottoscrivere una nuova convenzione unica con l'Anas, con il conseguente adeguamento della concessione fino a 50 anni e l'incremento delle risorse per il contratto di programma in corso di 2,02 miliardi.

Il comparto dei trasporti fa peraltro registrare l'estensione, nell'ottica di lotta alle frodi Iva, del meccanismo del 'reverse charge' nei contratti di appalto della movimentazione delle merci e logistica.

Il mondo delle imprese, oggetto di una serie di interventi sul piano degli investimenti, viene peraltro chiamato a sostenere parte delle coperture della Manovra (che destina, in particolare, circa 18 miliardi al pacchetto delle riduzioni del carico fiscale). È il caso del settore del credito, attraverso il differimento delle quote annuali di deduzione del 2025 e del 2026 (a fronte delle quali sono state iscritte imposte differite attive, la cosiddetta Dta) con un impatto stimato in circa 3,4 miliardi nel biennio. A queste si aggiunge la riduzione, dall'80% al 65%, della possibilità di compensare mediante perdite pregresse ed eccedenze Ace (e per il 2025 il dato scende al 54% per come ulteriore contributo richiesto per finanziare, con 400 milioni, l'Ires premiale. Mentre per le imprese assicurative è stato modificato il regime di

versamento dell'imposta di bollo sulle comunicazioni finanziarie relative ai contratti di assicurazione sulla vita con contenuto finanziario, che dovrà essere effettuato annualmente e non più in un'unica soluzione alla scadenza del contratto.

Nel corso dell'esame del Ddl sono peraltro entrate nella Manovra una serie di semplificazioni al meccanismo di incentivazione Transizione 5.0, dal calcolo dei consumi energetici, alla possibilità di cumulo di altri incentivi nazionali e Ue, dal potenziamento dell'aiuto per i pannelli fotovoltaici all'innalzamento fino al 45% dell'aliquota per investimenti tra 2,5 e 10 milioni.

Inoltre, per favorire la quotazione delle Pmi viene prorogato per tre anni il credito d'imposta del 50 per cento delle spese di consulenza sostenute, mentre è sostanzialmente prorogata l'operatività del Fondo di garanzia, con la conferma della garanzia fino all'80% per prestiti destinati agli investimenti. Le spese destinate a Pmi innovative e startup potranno essere detratte, mentre il comparto delle micro e Pmi del Sud potranno ancora ricorrere a una versione ridotta (25%) della decontribuzione Sud. Il Ddl ripristina, quindi, 400 milioni per il fondo automotive, concede un bonus fino a 100 euro (200 rispettando il tetto Isee di 25mila euro). Mentre 50 milioni verranno destinati al Fondo per il pluralismo dell'informazione e l'editoria.

La Manovra innalza il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale dai 136,5 miliardi del 2025 ai 141,3 miliardi del 2027. Nel corso dell'esame in Commissione sono stati peraltro approvati anche una serie di finanziamenti riguardati, oltre a borse di studio per specializzandi, screening tumorali e la cura e prevenzione dell'obesità.

Prosegue poi, anche nel 2025, il taglio dell'accisa sulla birra, che viene estesa anche ai birrifici indipendenti e non sottoposti a processi di ristorazione e microfiltrazione. Un organismo istituito al ministero dell'Agricoltura sarà quindi chiamato ad avanzare proposte transattive, con sconti su sanzioni e interessi, agli allevatori con l'obiettivo di chiudere il contenzioso tuttora in atto per le quote latte (la vicenda ha caratterizzato le campagne lattiere dal 1995 al 2009).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

30 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

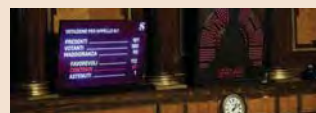
TWITTER | t

IN PARLAMENTO

S
24

Ddl bilancio: ok definitivo del Senato con 112 sì, per Schillaci manovra “seria e concreta”

L'Aula del Senato ha approvato, con 112 voti favorevoli e 67 contrari, la questione di fiducia posta dal Governo sull'approvazione del Ddl bilancio, nel testo identico a quello licenziato dalla commissione Bilancio e prima ancora dall'Aula di Montecitorio. La Legge di Bilancio 2025 risulta pertanto definitivamente approvata.



Il valore della manovra è stato indicato per il 2025, al momento della sua presentazione in Parlamento, in circa 30 miliardi.

“La Legge di Bilancio 2025 - ha dichiara il ministro della Salute, Orazio Schillaci - è una manovra seria e concreta che, nonostante le complessità del momento, introduce misure importanti e concentra le risorse in ambiti prioritari per la vita delle persone, quale è la salute. La finanziaria conferma la netta volontà del Governo di rafforzare la sanità italiana, eccellenza riconosciuta a livello mondiale, con misure a sostegno del personale sanitario, dei livelli essenziali di assistenza e per la riduzione delle liste d'attesa”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 dic
2024

DAL GOVERNO

S
24

Manovra 2025/ Medici e infermieri: sanità dimenticata, pronti a un 2025 denso di battaglie

di Radiocor Plus

«È un eufemismo definire deludenti le misure previste dalla legge di Bilancio per la sanità. Poche risorse frantumate tra innumerevoli capitoli di spesa che servono solo ad accontentare qualche centro d'interesse, di certo non a rilanciare il Servizio sanitario nazionale né a migliorare l'offerta sanitaria per i cittadini. Esclusi categoricamente, dai benefici immediati delle misure adottate, i medici, se non per un aumento offensivo dell'indennità di specificità medica (circa 17 euro netti al mese), e gli infermieri, che ottengono un irrisorio aumento mensile di circa 7 euro netti. Per il resto, nulla. Nonostante le promesse, le belle parole, gli apprezzamenti: nulla». Così Pierino Di Silverio, Segretario Anaa Assomed, Guido Quici, Presidente Cimo-Fesmed, e Antonio De Palma, Presidente Nursing Up, commentano il testo della legge di Bilancio arrivato in Aula alla Camera dopo l'esame in Commissione.

«Eppure nel suo complesso la legge di Bilancio fa cadere a pioggia risorse importanti su alcuni interventi, dal ponte sullo Stretto di Messina a un infinito elenco di bonus quantomeno discutibili, confermando che non è vero che i soldi non ci sono, ma semplicemente non si vuole spenderli per la sanità pubblica, preferendo strizzare l'occhio ad alcune categorie di



cittadini-elettori cui si riconoscono regalie di poche decine di euro e che contemporaneamente vengono private dell'accesso alla sanità pubblica, il bene più prezioso che abbiamo. Ed è stata la stessa Corte Costituzionale – aggiungono – ad aver recentemente sottolineato in una importante sentenza come, “per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica”, debbano “essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il “fondamentale” diritto alla salute di cui all’art. 32 Cost.”».

I leader passano poi all'attacco: «Non possiamo più continuare a portare esclusivamente sulle nostre spalle il peso della tutela della salute dei cittadini - avvisano - senza ottenere in cambio nemmeno quel riconoscimento minimo che il nostro ruolo e la nostra professione richiederebbero. Non possiamo più rinunciare alla nostra vita personale, alla nostra sicurezza e alle nostre prospettive di crescita senza ricevere nemmeno una parte della valorizzazione che troviamo invece all'estero o in altri settori. Non possiamo più credere alle promesse o accontentarci delle pacche sulle spalle. Ci prepariamo quindi ad un 2025 denso di battaglie sindacali da combattere su più fronti. Urge portare al centro del dibattito pubblico la questione sanitaria, che non deve essere più un mero ambito di scontro partitico ma diventare il fulcro dell'azione politica e dell'interesse sociale» concludono Di Silverio, Quici e De Palma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

20 dic
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Il 2024 è agli sgoccioli: cronaca di un anno di Sanità

di Stefano Simonetti

Viene in genere definito “annuario” una pubblicazione periodica, solitamente annuale, che fornisce un complesso analitico di notizie e di dati statistici sui fatti svoltisi nell’annata di riferimento rispetto a una determinata attività politica, culturale, dello spettacolo, sportiva, ecc. La Sanità pubblica sta attraversando, come è noto, una fase di criticità mai toccata e nel corso dell’anno che si sta chiudendo sono stati numerosi gli eventi di natura legislativa, contrattuale, giurisprudenziale, regolamentare o di semplice approfondimento e informazione che hanno segnato tale periodo. Senza alcuna presunzione di esaustività, segnalo qui i principali fatti che si potrebbero sintetizzare con il titolo di “un anno di sanità”.



- ◆ 3 gennaio 2024 - circolare MEF/FP n. 1 del su tempi di pagamento delle fatture – non riguarda il S.s.n. per espressa previsione dell’art. 4-bis, comma 1, della stessa legge 41/2023
- ◆ gennaio 2024 - hanno preso servizio i 12 Direttori assistenziali in Emilia-Romagna
- ◆ 16 gennaio 2024 - DGR Veneto n. 22 – paragrafo E) sullo scorrimento delle graduatorie concorsuali
- ◆ 18 gennaio 2024 - sentenza della Corte di giustizia UE n. C/2024/51 sulla monetizzazione delle ferie non fruita

- 23 gennaio 2024 - approvazione al Senato Ddl Calderoli (A.S. 615) sulla autonomia differenziata
- 27 gennaio 2024 - Direttiva-madre del Ministro Zangrillo sui rinnovi contrattuali per il triennio 2022-2024
- 6 febbraio 2024 - entrata in vigore del DM (MinPA + MUR) del 30.11.2023 sull'apprendistato
- 9 febbraio 2024 - entrata in vigore del DPCM (MinPA) del 21.12.2023 sulla mobilità
- 21 febbraio 2024 - firmato il CCNL dei collaboratori di ricerca
- 26 febbraio 2024 – presentata la Proposta di legge n. 1741 (Schlein e altri) sul aumento al 7,5% del PIL del Fondo sanitario nazionale
- 22 febbraio 2024 - firmato il CCNQ sulla definizione dei comparti e delle aree per il triennio 2022-2024
- 29 febbraio 2024 – entrata in vigore della Legge 18/2024 di conversione del Milleproroghe - trattenimento a 72 anni dei dirigenti sanitari
- 14 marzo 2024 - entrata in vigore del DM 232/2024 previsto dalla legge Gelli-Bianco del 2007 sulle caratteristiche delle polizze assicurative, atteso da sette anni
- 15 marzo 2024 - Corte di Cassazione, sez. VI penale, sentenza n. 11085 – omissione di atti di ufficio della guardia medica
- 20 marzo 2024 - inizio trattative per il rinnovo del CCNL del Comparto – ad oggi 10 riunioni, la prossima il 14 gennaio 2025
- 28 marzo 2024 - deliberazione n. 4/SENZAUT/2024/FRG della Corte dei Conti su“Relazione al parlamento sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali, esercizi 2022-2023”
- 4 aprile 2024 - Manifesto dei 14 scienziati sul destino del S.s.n.
- 4 aprile 2024 - entrata in vigore del d.lgs. 31/2024 sulle modifiche al codice penale in relazione alle violenze nei confronti del personale sanitario
- 8 giugno 2024 - entrata in vigore della Legge 107/2024 di conversione del DL 73/2024 - decreto liste di attesa (flat tax per le prestazioni aggiuntive dei medici)
- 13 luglio 2024 - entrata in vigore della Legge n. 86 del 26 giugno 2024 sull'autonomia differenziata
- 16 luglio 2024 - firmato il CCNL dell'Area delle Funzioni locali con la sezione della dirigenza PTA del Servizio sanitario
- luglio 2024 - parere MUR sulle assunzioni degli specializzandi e lo svolgimento degli esami finali
- 16 luglio 2024 - sentenza della Corte costituzionale n. 132 sulla legittimità costituzionale dello “scudo erariale”
- 22 luglio 2024 - risoluzione della Agenzia entrate m. 36/E sulla flat tax delle prestazioni aggiuntive
- 24 luglio 2024 - sentenze della Corte costituzionale nn. 139 e 140 sulla legittimità del payback per i dispositivi

- 29 luglio 2024 - sentenza della Corte costituzionale n. 153 sulla illegittimità costituzionale della legge Liguria n. 20/2023 che consentiva la libera professione presso strutture private accreditate
- 10 agosto 2024 - entrata in vigore della Legge 112/2024 di conversione del DL 72/2024 – art. 2-quater e 2-quinquies sulla medicina penitenziaria
- 25 agosto 2024 - entrata in vigore della legge 114/2024 – art. 1, abolizione dell’abuso di ufficio
- 29 agosto 2024 - sentenza CEDU sulla legittimità dell’obbligo vaccinazione
- 10 settembre 2024 - 9 ordinanze della Cassazione depositate tutte lo stesso giorno sulla questione del buono pasto ai turnisti
- 27 settembre 2024 - Corte di Cassazione, sez. lavoro, ordinanza n. 25840/2024, sul riconoscimento del buono pasto durante le ferie
- 30 settembre 2024 - deliberazione n. 17 della Corte dei Conti, Sezione delle Autonomie sul welfare aziendale fuori dai tetti di spesa
- 2 ottobre 2024 - inizio trattative per l’interpretazione autentica dell’art. 86 del CCNL del 2.11.2022, chiesta dal Tribunale di Torino
- 3 ottobre 2024 - Accordo Stato/Regioni sulla nuova figura dell’Assistente infermiere
- 8 ottobre 2024 - 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale
- 16 ottobre 2024 – firmata una interpretazione autentica sul CCNL del 3.11.2005 dell’ex Area III
- 23 ottobre 2024 - trasmissione al Parlamento del DDL bilancio 2025
- 23 ottobre 2024 - fine lavori della Commissione D’Ippolito sulla depenalizzazione dell’atto medico
- 25 ottobre 2024 - appello delle 75 società scientifiche riunite in FoSSC (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani)
- 31 ottobre 2024 - presentato l’11° Rapporto ARAN di monitoraggio sulla contrattazione integrativa
- 14 novembre 2024 – entrata in vigore della Legge 267/2024 di conversione del DL 131/2024 sulle modifiche all’art. 36 del TUPI relative all’abuso dei contratti a termine
- 20 novembre 2024 - diramata la circolare A.Ra.N. n.1-2024 sulla questione del diritto di affissione
- 25 ottobre 2024 - pubblicato sulla GU il DM Salute con le linee guida per i “gettonisti”
- 25 novembre 2024 - pubblicata nuova ordinanza CGUE n. C/2024/6901 sulla monetizzazione delle ferie non fruita
- 2 dicembre 2024 – ordinanza del Tribunale Massa su mobilità infermiera e obbligo di concedere il nulla osta
- 9 dicembre 2024 - decreto Milleproroghe in Consiglio dei Ministri
- 17 dicembre 2024 - ultima riunione dell’anno per le trattative del

comparto Sanità

- 17 dicembre 2024 - sentenza della Corte costituzionale n. 202 sulla illegittimità costituzionale della legge Puglia n. 16/2024 relativa alla istituzione dell'A.Re.S.S.
- 17 dicembre 2024 – interpelli dell'Agenzia delle Entrate nn. 263, 264 e 265/E relativa alla flat tax sulle prestazioni aggiuntive dei medici
- 18 dicembre 2024 - apertura trattative per la interpretazione autentica dell'art. 27 del Ccnl del 21.5.2018, richiesta dalla Corte di Appello di Genova
- 19 dicembre 2024 - Ddl Bilancio 2025 in aula alla Camera

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAVORO & FORMAZIONE

Farmaceutica,
con pochi tecnici
1,76 miliardi
di ricavi in meno

Pogliotti e Tucci — a pag. 6

Le figure introvabili costano 1,76 miliardi alla farmaceutica

Mismatch. Per il 44% delle aziende del settore è difficile reperire i profili cercati. Le competenze tecniche sono “introvabili” nell’88% dei casi, quelle trasversali nel 32%, operai e manager nel 20%

Giorgio Pogliotti
Claudio Tucci

Siamo agli albori di tecnologie che promettono un forte aumento di produttività e innovazione; e in un settore d'avanguardia, come la farmaceutica, tutto questo si tradurrà nella necessità di capitale umano costantemente ben formato, con una spinta verso soft skills come l'adattabilità e la creatività, competenze difficilmente sostituibili dagli algoritmi e fondamentali per il nuovo lavoro. Eppure, come per tutta la manifattura, anche qui le risorse umane sono il primo fattore di competitività, ma scarseggiano. Il 44% delle aziende del settore dichiara difficoltà a reperire i talenti necessari; le competenze tecniche sono “introvabili” nell’88% dei casi, seguite da quelle trasversali (32% di difficoltà di reperimento), manageriali (20%) e manuali, come operai e turnisti, che si fa fatica a trovare nel 20% dei casi.

Se per tutti i settori produttivi il mismatch costa complessivamente circa 44 miliardi di euro annui di mancato valore aggiunto, quasi 2,5 punti di Pil (fonte Excelsior), per il comparto del life science (pubblico e privato) ci si attesta a 1,76 miliardi. Un paradosso in un settore, come l'industria farmaceutica italiana, che ha un valore della produzione di 52 miliardi di euro, occupa 70mila persone, quasi tutte laureate o diplomate e a tempo indeterminato, e con una larga presenza di donne e giovani. «L'industria farmaceutica nel settore manifatturiero è il comparto con i più alti indici di competitività, innovazione, ricerca

e sviluppo e ha bisogno di profili adeguati - spiega il presidente di Farminindustria, Marcello Cattani -. Alle nostre aziende risulta difficile reperire non solo profili tecnici ma anche ingegneri gestionali, informatici, data manager, data scientist. I profili con le competenze STEM scarseggiano rispetto alla domanda. Noi guardiamo con attenzione alle previsioni occupazionali al 2030, per legarle al turnover generazionale che ha un peso del 70% sui nuovi occupati».

Il punto è che la crisi demografica è un macigno pesante. Già oggi abbiamo annualmente 100/110mila studenti in meno sui banchi; e quote elevatissime di giovani, in primis laureati che espatriano, spesso per ricoprire ruoli ricercati in Italia di cui probabilmente non sono a conoscenza, secondo la Fondazione Nord Est. Se consideriamo poi che dal 1998 al 2022 abbiamo perso 4,4 milioni di giovani tra i 15 e i 34 anni, e “guadagnato” 4 milioni di anziani, ci rendiamo conto dell'entità del problema giovani “mismatch”.

In attesa di un'inversione di tendenza nella demografia e nell'attrazione dei cervelli, le imprese farmaceutiche stanno scommettendo forte sulla formazione. Già oggi, del resto, per un tecnico di laboratorio occorrono circa 6/7 mesi di formazione; per il Quality Assurance servono circa 6/8 mesi; e per gli operatori di linea, l'addestramento, anche all'uso delle tecnologie digitali, dura circa 4/5 mesi. Va anche detto che il 64% degli addetti del settore fa formazione aziendale.

«Per formare le competenze tecni-

che abbiamo puntato sullo sviluppo degli Its Academy, penso alla collaborazione avviata nel 2019 con la Fondazione Its Academy Nuove tecnologie della vita di Roma, con la creazione del Campus Pharma Academy inaugurato a luglio del 2023 - aggiunge Cattani -. Sono 250 gli studenti formati da un corpo docente che comprende 140 manager aziendali, una didattica per il 94% erogata dalle imprese, con il tasso di placement del 100% e un tasso di coerenza tra studi e occupazione del 100%. Per il 2024-2025, con l'Its Pharma Academy siamo coinvolti nel Piano Mattei, e abbiamo stretto accordi con il Mur per promuovere la formazione e lo sviluppo delle competenze farmaceutiche nei paesi del Mediterraneo. Abbiamo firmato anche un protocollo con l'associazione delle imprese egiziane. Un altro grande tema è quello dell'orientamento, importante è l'alternanza tra scuola e lavoro nel settore farmaceutico, abbiamo avviato un progetto triennale che attraverso una didattica innovativa e l'esperienza diretta consente agli studenti di conoscere il settore farmaceutico».



Nei laboratori Pnrr, nuovi di zecca, dell'Academy del Pharma i ragazzi potranno acquisire competenze necessarie per operare nel Secondary manufacturing, Quality operations, Supply Chain per formare tecnici specializzati anche nella personalizzazione terapeutica. Tra le innovazioni, l'integrazione dell'Ita con il controllo qualità nell'ambito chimico. Con università e centri di ricerca Farmindustria è impegnata a contribuire con attività di docenza e a supporto dell'adeguamento della didattica dei corsi di laurea e post-laurea. L'alternanza scuola-lavoro ha dato numeri importanti: dal 2017 a oggi sono in campo più di 40 big del Pharma, 20

scuole, 400 studenti e oltre mille ore di formazione "on the job".

«La grande sfida - chiosa Cattani - è, una volta formati, riuscire ad attrarre e tenere i nuovi talenti, con misure di welfare virtuoso, attraverso la contrattazione aziendale si incentiva la conciliazione vita lavoro, la flessibilità oraria, a sostegno della natalità sono previsti rimborsi per gli asili nido e insieme ai permessi prevediamo anche l'assistenza psicologica per i nostri dipendenti. Le misure di attraction e retention sono oggi una chiave per tenere i giovani talenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cattani (Farmindustria): per formare le competenze tecniche puntiamo sullo sviluppo degli Its Academy



IMAGOECONOMICA

Settore all'avanguardia.

La farmaceutica avrà sempre più necessità di capitale umano costantemente ben formato.



Servono subito specialisti nelle malattie rare

Chiesi Group

Promossa l'attività di orientamento presso istituti superiori e università

«Una delle conseguenze più evidenti del disallineamento tra domanda e offerta di lavoro è la necessità di intensificare le attività di recruiting a livello internazionale, ampliando la ricerca di profili senior estremamente qualificati anche ai mercati europeo e statunitense - ci racconta Letizia Gasparri, global talent Chiesi Group -. Questo comporta un aumento della complessità e dei costi, ma risulta funzionale al processo di crescente internazionalizzazione del Gruppo Chiesi, che oggi conta tre stabilimenti produttivi tra Italia, Francia e Brasile, 31 filiali e sette centri di ricerca in tutto il mondo, con oltre 7 mila collaboratori, di cui oltre la metà donne».

Attualmente, i profili ricercati con maggiore urgenza dal colosso farmaceutico, nato a Parma nel 1935, appartengono all'ambito R&D, come scienziati, statistici e specialisti nel settore delle malattie rare, una delle tre aree terapeutiche in cui il Gruppo Chiesi opera e che registra i tassi di crescita più elevati. Parallelamente, si è alla ricerca di profili per l'area Global Manufacturing, indispensabili per sostenere l'evoluzione di Chiesi come gruppo biofarmaceutico, in particolare in relazione alla

recente apertura del nuovo Biotech Center a Parma. «Guardando al futuro - ha aggiunto Gasparri - è importante considerare l'impatto che la tecnologia e l'Innovazione avranno sul modo di lavorare di tutti noi. Di conseguenza, è fondamentale attrarre persone aperte a sviluppare nuove modalità di lavoro, guidate da innovazione tecnologica e agilità. Nel caso di Chiesi, questa trasformazione è già in atto. Nel 2024 abbiamo creato un dipartimento di Business Transformation e introdotto ruoli dedicati alla semplificazione dei processi, alla diffusione di metodologie Agile e alla trasformazione digitale».

La sfida «è anche a sensibilizzare le nuove generazioni sul valore e sulle opportunità offerte dal settore farmaceutico, mettendo in evidenza due aspetti chiave - ha proseguito Gasparri -. Da un lato, la vasta gamma di ruoli e percorsi professionali disponibili. Dall'altro, l'impegno di Chiesi verso pazienti, ambiente, persone e comunità, pilastri della nostra strategia».

In attesa che il governo rinsaldi il dialogo tra scuola e lavoro, sono diverse le iniziative messe in campo in chiave anti mismatch. «Nel caso dei profili ju-

nior - ha concluso Gasparri - promuoviamo attività di orientamento presso istituti superiori e università. L'obiettivo è far conoscere il mondo della R&D e del Manufacturing, creando consapevolezza sulla varietà di ruoli offerti dal settore farmaceutico, anche per studenti che hanno intrapreso percorsi in Medicina e Chimica e Tecnologia Farmaceutica. Per i profili senior, invece, ci focalizziamo su attività di employer branding sempre più globali e mirate».

—C. T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Difficili da trovare medici in ambito farmaceutico

Lilly Italia

Accordi con le Università
di Firenze e Bologna
per attrarre specializzandi

Per Lilly Italia, azienda farmaceutica nel nostro Paese da 65 anni, affiliata della multinazionale Eli Lilly con sede in Indiana, con il polo di produzione e gli uffici nello stabilimento di Sesto Fiorentino, dove lavorano 1.500 dipendenti, è difficile trovare anzitutto i medici da impiegare nel Medical Affairs.

Sono figure che svolgono una funzione di gestione di tutte le informazioni scientifiche più aggiornate, in grado di rivedere e aggiornare gli studi clinici dei farmaci, redigere materiale informativo e scientifico rivolto ad altri medici. In sostanza sono medici depositari del set di informazioni relativi ai prodotti, che si interfacciano con altri medici delle strutture ospedaliere. «Abbiamo stipulato accordi con l'Università di Firenze che rappresenta il nostro principale bacino, e con l'Università di Bologna – spiega Manuela Schumann, Head of human Resources Lilly Italia -. Ci rivolgiamo agli studenti all'ultimo anno di scuola di specializzazione in medicina offrendo un'opportunità di carriera nella nostra azienda. Se sono interessati vengono da noi a

completare la tesi, con uno stage che serve per capire cosa significa fare il medico in ambito farmaceutico. Con Bocconi abbiamo attivo un progetto per gli studenti dell'ultimo anno del MBA per coprire i profili aperti, con progetti sul marketing e sul finance. Gli studenti interessati vengono da noi da giugno a settembre a lavorare al progetto. Poi a settembre si presentano al leadership team illustrando il loro progetto. Ai candidati migliori viene offerto un contratto a tempo indeterminato».

Nelle strategie aziendali, è centrale non solo attrarre, ma anche trattenerne le competenze: «Puntiamo ad attrarre i talenti offrendo percorsi di crescita professionale – aggiunge Manuela Schumann - anche nell'Headquarter ad Indianapolis o nel campus fiorentino, dove si può lavorare in smart working con tre giorni in presenza e due giorni da remoto, a scelta per favorire la conciliazione tra vita e lavoro. Abbiamo sviluppato una leadership al femminile, il 46% dei collaboratori sono uomini e il 54% donne. Stiamo lavorando per ampliare il congedo di paternità e la-

voriamo ad un rientro soft per le neo mamme. Lo smart working è più libero per i primi sei mesi delle neo mamme che possono beneficiare di convenzioni con asili nido e materne, sono affiancate da un dipendente al rientro per reintrodurle ai vari team. Abbiamo ottenuto la certificazione della parità di genere col massimo punteggio e non abbiamo nessun divario salariale che penalizzi le lavoratrici rispetto ai colleghi maschi».

—G.Pog.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Onde elettromagnetiche per curare la mente

Una nuova tecnica non invasiva sta dimostrando grande efficacia nelle patologie neurologiche che hanno avuto un boom a causa della pandemia, dell'abuso dei social media e dei ritmi frenetici

Secundo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, le patologie del sistema nervoso sono responsabili del 10% del carico di costi sanitari globali e questo dato è destinato a crescere ancora con l'invecchiamento della popolazione. Le malattie neurologiche sono inoltre la principale causa di disabilità e la seconda di mortalità.

«Oltre 10 milioni di persone in Italia convivono con disturbi che rientrano in questa macroarea, tra cui ansia, depressione, demenza, insonnia, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer e altro»,

spiega Antonello Bonci, neuroscienziato, neuropsicofarmacologo e già professore all'Università della California Ucsf. «Il numero dei pazienti è aumentato per vari motivi: oltre alla pandemia di Covid-19 e al conseguente isolamento sociale, altri fattori ambientali e concomitanti – come la diffusione dei social media o l'esposizione a ritmi di lavoro più frenetici – hanno contribuito al proliferare di malattie neurologiche e disturbi mentali».

Se da un lato è indispensabile riconoscere i sintomi in modo precoce e intervenire con tempismo per evitare un aggravamento delle condizioni cliniche, dall'altro hanno un ruolo cruciale i programmi di prevenzione e le campagne di sensibilizzazione.

«Da qualche decennio possiamo disporre, soprattutto per depressione, ansia, insonnia o distur-

bi ossessivo-compulsivi, di tecniche come la **stimolazione magnetica transcranica (Tms)**, che **interviene in modo non invasivo sul cervello attraverso onde elettromagnetiche**. I dati di cui disponiamo evidenziano una percentuale di successo altissima, superiore a quella dei farmaci tradizionali», continua Bonci.

«Oltre a non causare particolari effetti collaterali, se non un lieve mal di testa in una parte dei pazienti, questa tecnica di stimolazione ha un impatto economico positivo per il sistema sanitario e può essere utilizzata su donne in gravidanza, giovani con autismo e anziani malati di Alzheimer».

La stimolazione può essere impiegata anche in combinazione con farmaci, rivelandosi utile proprio su chi non risponde ai trattamenti farmacologici in maniera efficace. Tuttavia, ha anche alcuni limiti pratici: per esempio, a oggi c'è una carenza di operatori specializzati nell'utilizzo dei macchinari, senza i quali non si può utilizzare la Tms.

Di questi temi si è parlato in occasione del Congresso nazionale su Salute mentale e Neuroscienze il 23 novembre scorso a Roma, in un incontro scientifico organizzato da Brain&Care Research Foundation per aggiornare i professionisti del settore ed esplorare nuovi modelli di cura e prevenzione.

«Farmaci e trattamenti di stimolazione possono migliorare in maniera rapida lo stato di salute, riequilibrando i meccanismi cerebrali e riducendo il sintomo (o il desiderio nel caso di una dipendenza), ma non possono guarire»,

chiarisce Bonci.

«Per questo è sempre indispensabile associare un percorso di psicoterapia, per scoprire le cause che stanno all'origine del disturbo e migliorare la gestione degli stati emotivi e psicologici associati». Da non sottovalutare anche il ruolo delle abitudini quotidiane e di uno stile di vita sano: un sonno di qualità, un'alimentazione equilibrata e lo svolgimento regolare di attività sportiva sono essenziali sia per la prevenzione sia per migliorare l'efficacia dei trattamenti. Per esempio, controllare l'assunzione di zuccheri raffinati diminuisce la probabilità di scatenare stati d'ansia, così come un ambiente di riposo confortevole riduce la probabilità di sviluppare forme di insonnia.



La scienza

Il naso elettronico che scopre i tumori I test con gli scienziati “Basta un respiro”

di Elena Dusi

MILANO – Per il test basta un soffio. «Riempi d'aria i polmoni, poi espiri finché ne ha», raccomanda Angela Sabalic, biologa dell'Istituto europeo di Oncologia di Milano. Una donna soffia nel boccaglio e riempie d'aria due sacchetti trasparenti, collegati a una scatola piena di chip poco più grande di una saponetta. Lo strumento – il naso elettronico – inizia a ronzare. Mezz'ora dopo su uno schermo è comparsa una serie di curve. «Sono l'impronta del respiro. L'analisi delle molecole presenti nell'espirato ci sa dire con buona precisione se la donna ha un tumore al polmone» spiega Roberto Gasparri, vicedirettore della chirurgia toracica dello Ieo. La paziente in questo caso sta benone: è qui per testare il naso elettronico nella prima sperimentazione su un numero significativo di volontari in Italia (200 in tutto).

«Ma il mio sogno è vederlo in uso in ogni farmacia o negli studi dei medici di famiglia. Spero di realizzarlo prima di andare in pensione» sorride Gasparri, che ha 56 anni e buone probabilità di farcela. «Nove tumori su dieci, fra quelli che vediamo, sono a uno stadio avanzato», lamenta il medico. «Il polmone è uno dei pochi organi che non ha strumenti per la diagnosi precoce utilizzabili su larga scala. Per questo la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è solo il 37%. Mentre seno e colon hanno abbattuto la mortalità grazie agli screening di massa, il polmone non ha visto praticamente miglioramenti da quando sono entrato per la prima volta in sala operatoria».

In Italia ogni anno la malattia fa registrare 43 mila diagnosi e 31 mila vittime. Il naso elettronico ha il compito di colmare questa voragine. «Chi verrà trovato positivo al test del respiro potrà poi approfondire la diagnosi con una Tac», spiega Lorenzo Spaggiari, direttore del reparto di chirurgia toracica dell'ospedale milanese, fondato nel 1994 da Umberto Veronesi. «Nel primo sacchetto – spiega Sabalic – si accumula l'aria che arriva dalle alte vie respiratorie, meno utile. Il secondo invece contiene l'ultima aria espirata, quella che proviene dagli alveoli ed è impregnata delle molecole che erano a stretto contatto con i polmoni. L'aria espirata contiene miliardi di molecole diverse. Solo poche centinaia sono state identificate con nome e cognome». Altre sperimentazioni nel mondo, su piccoli numeri di pazienti, avevano provato a catturare delle singole molecole nel tentativo di usarle come indicatori. «Noi abbiamo scelto di usare un nuovo tipo di naso elettronico, che analizza la composizione del respiro nel suo complesso – aggiunge Gasparri – Ci piacerebbe capire cosa fa ogni singola molecola, ma richiederebbe troppo tempo e soldi. Il nostro obiettivo è abbassare la mortalità del tumore del polmone con uno strumento semplice e poco costoso».

Buona parte dell'analisi chimica del respiro è così affidata al software del naso elettronico e all'intelligenza artificiale. Lo strumento sfrutta la proprietà di alcuni cristalli di quarzo microscopici, che cambiano

velocità di oscillazione quando si legano a molecole che hanno pesi diversi. Il naso elettronico viene perfezionato da anni nello storico studio-officina dell'università di Tor Vergata a Roma. I suoi padri sono gli ingegneri Arnaldo D'Amico e Corrado Di Natale, che l'hanno messo alla prova nei campi più diversi: dalla misurazione della freschezza del pesce all'analisi dei cadaveri per il gruppo scientifico dei Carabinieri.

«Sono stati proprio i Ris di Parma a mettermi sulle tracce del naso elettronico – ricorda Gasparri – Una volta ero in un ospedale in attesa che mia figlia finisse un intervento. Su una parete era appeso il volantino di una nuova sperimentazione: un test del respiro per diagnosticare ulcera dello stomaco e helicobacter pylori. Se si fa per lo stomaco, ho pensato, a maggior ragione dovrebbe funzionare con il polmone».

Al momento gli strumenti più usati per la diagnosi, le radiografie, identificano solo noduli più grandi di un centimetro. Si tratta spesso di tumori allo stadio avanzato, difficili da eliminare con la chirurgia. La Tac a basso dosaggio, molto più precisa, in Italia non viene prescritta con regolarità e molti dei noduli che individua non sono di origine tumorale. Spesso quindi richiede altri esami di approfondimento. «A mancar-



Come funziona

È un apparecchio dotato di sensori che rilevano le molecole presenti nell'aria

Chi si sottopone al test espira in un sacchetto di plastica

L'aria espirata viene collegata al naso elettronico

All'interno vi sono miliardi di Voc: composti organici volatili

I Voc sono molecole prodotte dai processi vitali dei polmoni

Solo alcune centinaia di Voc sono conosciuti

Alcuni Voc vengono prodotti dalle cellule malate del tumore o dal tessuto infiammato che circonda il tumore

Il naso elettronico analizza alcuni Voc e disegna l'impronta del respiro

Alcune impronte sono tipiche del tumore del polmone

Il naso elettronico analizza anche i Voc delle urine e del siero del sangue

In un test precedente era riuscito a identificare 8 casi di cancro su 10

Il cancro del polmone

43 MILA diagnosi all'anno in Italia

31 MILA vittime

37% la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi

Non c'è un test per la diagnosi precoce economico e usato su larga scala

ci è un test semplice in grado di diagnosticare un cancro del polmone allo stadio I, che è più piccolo di un centimetro e non è arrivato ai linfonodi – spiega Gasparri – Eliminare tumori così, per noi chirurghi, sarebbe facile. Oggi invece su 40 casi che vediamo nel nostro reparto solo 5 sono allo stadio I».

Una sperimentazione preliminare del naso elettronico allo Ieo era già stata pubblicata nel 2016. Al test del respiro erano stati sottoposti 70 pazienti con cancro del polmone già diagnosticato e 70 volontari sani (usati come controllo). Il naso elettronico ha identificato 8 ammalati su 10, mentre ha fatto suonare un allarme ingiustificato (cioè ha diagnosticato un tumore che in realtà non c'era) nel 9% dei casi. «Per la sperimentazione in corso puntiamo ad arrivare a 100 pazienti con diagnosi e altrettanti volontari sani. Siamo più o meno a metà», spiega Gasparri. Oltre al respiro, in questo nuovo studio, il naso elettronico è chiamato ad annusare il siero del sangue e le urine. «Alcune delle molecole trovate nel respiro si trovano identiche nelle urine», conferma Sabalic. Annusare il sangue è invece un campo di ricerca completamente nuovo.

Per chi lo usa, il costo dello strumento è contenuto. I fastidi per chi si sottopone al test sono minimi: ri-

nunciare alle sigarette per un giorno, per chi fuma, evitare aglio e cipolle dalla vigilia, restare a digiuno per qualche ora e non usare profumi, che potrebbero alterare l'impronta del respiro se inalati. Perfino la stanza usata per il test è sempre la stessa e viene pulita senza alcol. Chi imbroglia sulle sigarette viene scovato all'istante: su questo il naso elettronico funziona come un'implacabile macchina della verità.

Allo Ieo di Milano dove si sperimenta l'apparecchio per la diagnosi precoce del cancro al polmone “Il sogno è vederlo nelle farmacie e negli studi dei medici di famiglia”



LA SALUTE: BOOM DI FARMACI PER PERDERE PESO

Garattini: stop al mercato delle punture dimagranti

AMABILE, ARCOVIO

«Nel 2023 il fatturato del comparto integrazione alimentare in Italia ha raggiunto i 4,5 miliardi di euro in valore di vendite e le 300 mila tonnellate in quantità. L'Italia è il primo mercato europeo con il 26% del fatturato totale. Tutto questo è senza senso», dice Silvio Garattini. - Pagine 18 e 19



Allarme punture dimagranti

Farmaci anti-diabete usati per perdere peso: la moda Usa arriva in Europa
In Italia +26,4% di spesa. I medici fanno da filtro ma online è un Far West

VALENTINA ARCOVIO

Come se gli «outing» di celebrità come Elon Musk o Kim Kardashian non fossero bastati a promuovere i nuovi farmaci anti-obesità, nel Regno Unito - e non solo - sembra essere in atto un'aggressiva campagna pubblicitaria a favore di queste popo-

larissime iniezioni per la perdita di peso. Un vero e proprio «Far West», come lo ha definito il quotidiano britannico Guardian, il quale ha condotto un'analisi dei report dell'agenzia britannica che regola la pubblicità medica nel Regno Unito. Sotto accusa, in particolare, molte farmacie online che

ignorerebbero le norme rigide che disciplinano il modo in cui i farmaci soggetti a prescrizione medica possono essere commercializzati e che quindi pubblicizzano e pro-



muovono i cosiddetti vaccini anti-obesità, come Wegovy e Mounjaro. Invece, nel Regno Unito, così come in Italia, è illegale pubblicizzare direttamente al pubblico farmaci soggetti a prescrizione medica. Ma l'indagine rivela che i commercianti sfruttano «scappatoie» alle regole pubblicizzando ad esempio offerte scontate per «servizi» dimagranti che includono – e mettono in evidenza – i farmaci anti-obesità. In alcuni casi vengono offerte vere e proprie promozioni, sulle quali le autorità britanniche preposte starebbero indagando.

In Italia, dal punto di vista pubblicitario e promozionale, la situazione sembrerebbe ancora sotto controllo. «Nel nostro Paese siamo molto rigidi sulla questione», dichiara Annamaria Colao, professore ordinario di Endocrinologia e direttore dell'Unità Organizzativa Complessa di Endocrinologia presso l'Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli. «Quello che, ahimè, è più difficile da fare è tenere a bada quello che succede online»,

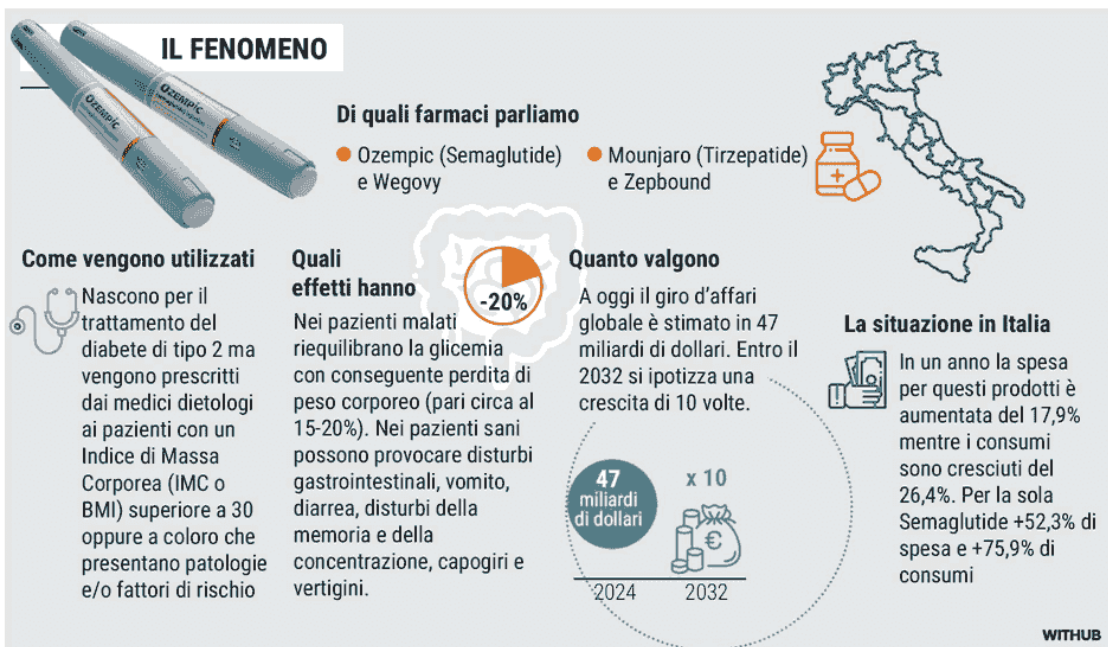
aggiunge. Sul web e sui social, infatti, sembra più facile aggirare le regole e i medici si trovano ad affrontare richieste precise da parte dei loro assistiti. «Sono tantissimi i pazienti che arrivano nel mio studio già con l'intenzione di ricevere la prescrizione del farmaco anti-diabetico che aiuta a perdere peso», dice Colao. «A quel punto capisco che molti di loro non sanno come funziona e che sono erroneamente convinti che si tratti di una panacea, un miracoloso medicinale che li fa dimagrire. Ma non è così», aggiunge. «Questi farmaci sono composti simili ad ormoni naturalmente presenti nel nostro organismo, detti glucagon like peptide 1 (GLP1), che hanno la capacità di rallentare lo svuotamento gastrico in seguito all'assunzione di cibo - continua Colao - e ridurre l'appetito mediante l'invio di segnali di sazietà al cervello. Funzionano, ma non senza un adeguato piano nutrizionale fatto insieme allo specialista». Senza contare gli effetti collaterali. «Non tutti possono assu-

mere questi farmaci», precisa l'esperta. «Ci sono delle controindicazioni e altri fattori di rischio che vanno considerati prima della prescrizione», aggiunge.

Tuttavia, è innegabile che queste iniezioni anti-obesità stiano spopolando anche in Italia e l'ultimo rapporto OsMed dell'Agenzia italiana del farmaco lo dimostra chiaramente. Dal documento emerge infatti un aumento di uno specifico sottogruppo di farmaci in grado di ridurre in modo significativo il peso corporeo: gli analoghi del Glp-1, a cui appartiene la semaglutide, il principio attivo di una delle popolari iniezioni anti-obesità, che registrano un aumento di spesa del 17,9% e dei consumi del 26,4%, con la sola semaglutide che va a impennarsi rispettivamente di +52,3% e +75,9%. Ai dati ufficiali andrebbero poi aggiunti quelli «sotto banco». Su alcuni canali online vengono «spacciati»

farmaci anti-obesità anche a prezzi di gran lunga inferiori a quelli imposti dal mercato

globale. A ottobre 2023 l'Agenzia europea per i medicinali ha diffuso una comunicazione sul rinvenimento in alcuni paesi dell'Ue - in quell'occasione l'Italia è risultata esclusa - di confezioni «tarocche» del medicinale. Mentre poco prima l'Aifa ha diramato una nota in cui metteva in guardia sulla falsificazione dei farmaci a base di semaglutide, perché considerata «un'ulteriore casistica emergente e altrettanto pericolosa» tanto da spingere i vertici dell'agenzia ad ammettere che «un aumento della domanda di questo farmaco avrebbe determinato, da un lato, stati di carenza e, dall'altro, un aumento dell'offerta illegale sul web del prodotto non originale». «Diventa dunque fondamentale fare molta attenzione alle modalità con cui vengono proposti questi farmaci, sui quali si fa ancora molta confusione», conclude Colao. —



Annamaria Colao, endocrinologa

“Molti pazienti me li chiedono, pensano a medicinali miracolosi che fanno dimagrire ma non è così”

Un'inchiesta-denuncia del Guardian racconta come vengono aggirati i divieti nel Regno Unito

Nel nostro Paese la pubblicità è vietata e per l'acquisto serve la prescrizione medica



L'INTERVISTA

Silvio Garattini

“Spot e slogan ingannevoli non si conoscono i rischi”

Il farmacologo: “Scoperto solo il 10% degli effetti tossici dei prodotti. Servono più controlli, non si può lasciare tutto in mano alle aziende”

FLAVIA AMABILE
ROMA

A 96 anni, Silvio Garattini, presidente e fondatore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, sta trascorrendo il pomeriggio di Santo Stefano a calcolare quanti principi attivi in eccesso esistono nel Prontuario farmaceutico nazionale. Interrompe volentieri per analizzare i pericoli dei farmaci per perdere peso. Per il quotidiano *The Guardian*, nel Regno Unito il mercato dei farmaci per perdere peso sta diventando sempre più aggressivo, con pubblicità che aggirano i divieti e propongono prodotti ai consumatori senza controllo. Qual è la situazione in Italia?

«In Italia abbiamo un problema preliminare: a fornire le informazioni sui prodotti sono solo le aziende dell'industria farmaceutica che hanno tutto l'interesse a far crescere il settore attraverso notizie che sfuggono a ogni controllo. Secondo un'elaborazione di Unione Italiana Food su dati New Line, nel 2023 il fatturato del comparto dell'integrazione alimentare in Italia ha raggiunto i 4,5 miliardi di euro in valore delle vendite e le 300 mila tonnellate in quantità. L'Italia si conferma il primo mercato europeo, con il 26% del fatturato totale e nel

2024 dovrebbe raggiungere quota 5 miliardi. Tutto questo è senza senso, non c'è alcuna base scientifica che i prodotti abbiano efficacia ma sono comunque molto utilizzati. Si preferisce mangiare in eccesso e usare dei prodotti per perdere peso basandosi sulle promesse di una pubblicità senza controllo».

Quindi anche in Italia i consumatori non sono protetti dai messaggi che arrivano dalla pubblicità delle aziende farmaceutiche?

«In televisione, sui giornali, sulle riviste, sui social, assistiamo a comportamenti molto aggressivi. A volte si usano delle formule indirette e si aggirano le regole fornendo messaggi fuorvianti. Sarebbero necessari controlli perché il compito della pubblicità è di comunicare attraverso affermazioni vere che nel settore della salute rivestono particolare importanza sia per i singoli sia per le conseguenze sul Servizio sanitario nazionale, eppure non ho mai visto ritirare una pubblicità su un farmaco per aver trasmesso notizie non vere. Si può fare e dire quello che si vuole, al contrario del principio presente nella Costituzione che lo Stato deve proteggere la salute di tutti».

Come si fa a capire quali farmaci per perdere peso sono davvero efficaci?

«Per approvare un nuovo farmaco la legislazione europea si basa su tre caratteristiche: qualità, efficacia e sicurezza. Non ci chiarisce nulla, però, su un aspetto fondamentale e cioè il rapporto con farmaci che già esistono per la stessa indicazione. Per le industrie questa mancanza è molto comoda: si può quindi ottenere l'approvazione anche se il nuovo farmaco è meno attivo o uguale, questo consente alle industrie di poter affermare liberamente che il proprio farmaco è il migliore perché non è possibile fare un confronto. Inoltre i farmaci vengono studiati sui maschi, le donne usano farmaci non studiati per loro, il 75% degli studi controllati non permette di stabilire quale sia l'efficacia di un farmaco in base al genere ma sappiamo che la stessa malattia non si presenta in modo uguale nei maschi e nelle femmine».

Che cosa sappiamo degli effetti negativi dei farmaci per perdere peso?

«Il sistema è tutto orientato a capire l'efficacia dei farmaci, sulla tossicità si sa poco. Dagli studi clinici controllati sappiamo che gli effetti nega-



tivi che accadono più di frequente sono di natura gastrointestinale, infatti molti devono abbandonare l'impiego di questi farmaci per questo motivo. Possiamo dire che conosceremo le reali conseguenze sulle persone solo in futuro. Non abbiamo un'organizzazione per raccogliere le informazioni sugli effetti tossici dei farmaci, non abbiamo un'agenzia o una struttura che se ne occupi. Ci si basa sui gesti volontari di farmacisti o persone che scrivono all'Aifa per comunicare le conseguenze negative riscontrate. In questo modo emergono solo il 10 per cento degli effetti tossici di un farmaco. Questo deve rendere i medici più attenti e responsabili nel fare prescrizioni».

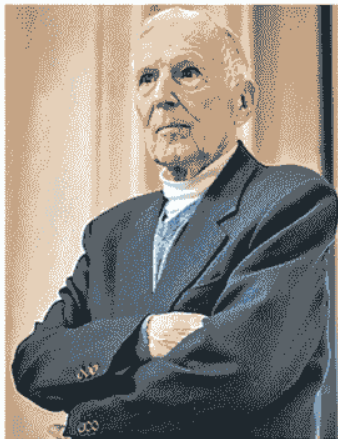
Ad aumentare la confusione è anche il fatto che molti di questi farmaci in realtà dovrebbero essere usati per altre malattie come il diabete o l'ipertensione.

«È un uso irrazionale da evitare. Fra le informazioni che mancano su questi farmaci non sappiamo quanto in un soggetto che non è diabetico assumere questi farmaci che fanno perdere peso ma anche calare la glicemia potrebbe essere dannoso se non si è iperglicemici».

C'è anche chi, in vista delle feste, fa scorta di questi farmaci.

«Lo trovo ridicolo, un esempio di ignoranza in materia di salute. Non si ingrassa per quello che si mangia a Natale o a Capodanno ma per quello

che si mangia il resto dell'anno. Questi farmaci dovrebbero essere assunti solo in caso di grave obesità o per evitare interventi chirurgici. In tutti gli altri casi non servono a nulla: è provato che, se non si è imparato a mangiare, quando si smette il trattamento si prende di nuovo rapidamente il peso perso». —



Le frasi

Questi farmaci dovrebbero essere assunti soltanto in caso di grave obesità o per evitare il ricorso a interventi chirurgici

Scopriremo le reali conseguenze sulle persone solo in futuro, non c'è un ente che raccolga gli effetti indesiderati e le controindicazioni



I primi in Europa
Nel nostro Continente nessuno spende come gli italiani (4,5 miliardi) per prodotti che promettono di perdere peso



IL CASO

L'antibiotico per un raffreddore Troppe pastiglie assunte "fai da te"

L'Aifa: cresce il consumo generale e spesso in modo inappropriato

Appropriatezza, questa grande sconosciuta. E non solo sul fronte dei farmaci per la perdita di peso. Nel nostro Paese, infatti, si consumano troppe medicine e, molto spesso, se ne fa un uso inappropriato. Come quando per qualche linea di febbre e un po' di tosse, probabilmente per un'influenza stagionale, si prendono subito gli antibiotici che funzionano però solo contro i batteri e non i virus. O come quando dopo una piccola ferita o una leggera ustione si ricorre a creme cortisoniche e antibiotiche, anziché solo a semplici prodotti disinfettanti e antisettici. Poi ci sono i casi di «sovrautilizzo» di farmaci per i disturbi correlati all'acidità, in particolare degli inibitori di pompa protonica. E poi ansiolitici o sonniferi quando ci si sente un po' più stressati del solito. Che si consumino in modo appropriato o meno, di certo c'è che gli italiani sono dei gran consumatori di farmaci, come emerge chiaramente dall'ultimo Rapporto OsMed dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Stando a quanto contenuto nel documento, nel 2023, in Italia so-

no state consumate ogni giorno complessivamente 1.889 dosi di medicinali ogni 1000 abitanti, il 69,7% delle quali erogate a carico del Servizio sanitario nazionale e il restante 30,3% acquistate direttamente dal cittadino. I farmaci per il sistema cardiovascolare si confermano al primo posto per consumi (513,9 dosi giornaliere per 1000 abitanti); al secondo posto si collocano i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo che rappresentano la seconda categoria in termini di consumi. Poi ci sono i farmaci di fascia C, quelli pagati dai cittadini: tra le categorie con obbligo di ricetta i più consumati sono le benzodiazepine, i contraccettivi orali e i farmaci per la disfunzione erettile; tra i farmaci di automedicazione, i principi attivi più acquistati sono gli antipiretici e analgesici ibuprofene e diclofenac. Ma a preoccupare maggiormente è la ripresa del consumo di antibiotici dopo la pandemia, in particolare a partire dal 2022. Quest'anno infatti il consumo di antibiotici nel nostro Paese è aumentato del 6,4% rispetto all'anno precedente. Lo scor-

so anno quasi 4 persone su 10 hanno ricevuto almeno una prescrizione di antibiotico, con livelli più elevati al Sud, dove il 44,8% della popolazione ne ha assunto almeno uno in corso d'anno, contro il 30,9% del Nord e il 39,9% del Centro. Differenze che fanno riflettere anche sull'appropriatezza delle prescrizioni e le possibili conseguenze. Sappiamo infatti che l'abuso di antibiotici è una delle principali cause dell'insorgenza di batteri resistenti, cioè che non rispondono alle terapie oggi disponibili. «La diffusione dei batteri resistenti agli antimicrobici è indicata dall'Oms - si legge nel report dell'Aifa - come una delle grandi emergenze sanitarie che nel 2050 potrebbe provocare oltre 39 milioni di morti nel mondo. Un problema che riguarda da vicino l'Italia, che ha la maggiore resistenza riscontrata in Europa (con 200 mila pazienti l'anno colpiti da batteri resistenti), che causa 11 mila vittime». L'inappropriata

tezza fa scopa con la scarsa aderenza, che è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche. La popolazione anziana è quella più a rischio per la compresenza di più patologie che richiedono un trattamento farmacologico. Tanto che oramai un anziano su assume 10 o più farmaci diversi in corso d'anno, mentre il 68% degli over 65 ha ricevuto prescrizioni per almeno 5 medicinali diversi. Una condizione che rende più difficile l'aderenza alle terapie. «Per questo con gli esperti delle società scientifiche e delle organizzazioni mediche - dichiara il presidente di Aifa, Robert Nisticò - abbiamo aperto un tavolo sulla "prescrittomica", il campo emergente di ricerca che studia la complessa interazione tra fattori genetici ed epigenetici e il loro impatto su efficacia e sicurezza dei farmaci prescritti. Magari per depennarne alla fine qualcuno dalla lista delle prescrizioni». VAL.ARC. —



“Case farmaceutiche finite nel mirino a gennaio rischio carenza medicinali”

di Michele Bocci

Il presidente di Farindustria Marcello Cattani va dritto al punto: «Bocciamo completamente la legge di bilancio».

Cosa non va nella manovra?

«Non c'è una visione strategica del nostro comparto industriale. Si rincorrono interventi inadeguati, prima di tutto la spesa farmaceutica è sottofinanziata. Altro tema è l'aberrazione del trasferimento dell'1% dei ricavi per la vendita dei farmaci di fascia A dalle aziende ai distributori. È un attacco ideologico, contro un settore industriale che investe 4 miliardi nel Paese».

La manovra vi riconosce 0,05 euro in più per ogni confezione di farmaci di fascia A venduta a meno di 10 euro. Non basta?

«Non vogliamo mance. Chiediamo con forza un intervento sul payback, nato nel 2007 come misura straordinaria e diventato una stortura, una tassa accessoria per noi. Tra l'altro crescerà e arriverà a 2,3 miliardi nel 2025. Non c'è visione strategica rispetto al primo settore

manifatturiero italiano, che traina l'export e occupazione qualificata».

Qualcosa di buono nelle politiche del governo Meloni sul farmaco ci sarà.

«Apprezziamo il cambio di

distribuzione di alcuni prodotti, ora acquistati dalle farmacie e non più dalle Asl. Poi va bene la semplificazione del concetto di innovatività. Complessivamente, però, le misure producono più oneri. C'è un attacco ideologico contro l'industria, per trasferire risorse

prima ai farmacisti e poi alla distribuzione. Le aziende faranno scelte diverse rispetto a nuovi lanci di prodotti innovativi, qui in Italia il payback è insostenibile. È l'inizio di una crisi industriale che ha un responsabile chiaro: il governo. Vogliono distruggere anche questa industria? Sono sulla strada giusta. Noi daremo battaglia su queste misure fino alla fine e siamo disposti al dialogo. Il rischio è di una carenza di farmaci, che in primis danneggerebbe i cittadini».

La spesa farmaceutica in Italia è in continua crescita. Aiutereste a ridurla?

«È ineluttabile che la spesa farmaceutica, come tutta quella sanitaria, cresca. I ritmi nei prossimi 5-10 anni saranno sostenuti, abbiamo una popolazione che invecchia. Vanno aumentate le risorse».

Anche per la spesa sanitaria non farmaceutica?

«Sì, ma quello che mi sta a cuore è capire qual è il livello di efficienza di quella spesa. La farmaceutica è definibile, tracciabile, misurabile in tempo reale. Invece non vediamo come vengono spesi gli altri soldi, circa 100 miliardi del fondo sanitario nazionale. Tra le Regioni ci sono livelli di efficienza diversificati, con scostamenti dai Livelli essenziali di assistenza importanti».

Il presidente di Farindustria Cattani: “Così il governo può distruggere il settore”



MARCELLO CATTANI
PRESIDENTE
FARMINDUSTRIA

Il payback, nato come misura straordinaria, è diventata una tassa da 2,3 miliardi



«Un cittadino del mondo su tre» non può avere farmaci essenziali

FRANCESCA GHIRARDELLI

Scarsa disponibilità, poca accessibilità, prezzi troppo alti. Passi avanti sono stati mossi dall'ultimo rilevamento che risale a quindici anni fa, eppure procurarsi e pagare farmaci in molte regioni del pianeta resta un'impresa che non tutti riescono ad affrontare. Così, se per esempio si ha un'ulcera e si vive in determinati Paesi africani, si dovrà spendere il corrispettivo di sei giorni di salario per acquistare una scorta mensile di medicinali nel settore pubblico, sempre che questo ne sia fornito. In caso contrario, da un rivenditore privato la spesa sarà pari a dieci giornate di lavoro.

È la stima che ha elaborato uno studio appena diffuso dalla prestigiosa rivista medica *The Lancet* e curato da ricercatori della School of Pharmacy dell'Università di Sydney e del Dipartimento di Farmacia dell'australiano Prince of Wales Hospital. Secondo l'Oms non avrebbe accesso regolare ai medicinali essenziali un terzo della popolazione mondiale, addirittura la metà in alcuni dei Paesi più poveri di Africa e Asia. Da tempo l'Oms e l'Health Action International (Hai) hanno messo a punto un metodo di rilevazione di prezzi, disponibilità e accessibilità dei farmaci. La nuova indagine in arrivo dall'Australia aggiorna ora i risultati per 54 Paesi a basso e medio reddito. Per ca-

pire in che misura i medicinali siano reperibili in farmacie e altri punti vendita, lo studio fornisce le percentuali delle strutture che li avevano fra le loro scorte al momento del sondaggio: per i farmaci generici la disponibilità rilevata nel settore pubblico va da un minimo di circa il 38% di punti vendita (percentuale rilevata nella regione del Pacifico occidentale) fino a un massimo del 68% (in Europa).

Nell'ultima analisi di questo genere, che risale al 2009, la forbice variava tra il 29% e il 54%. Malgrado i miglioramenti, ancora oggi in nessuna macro-regione presa in considerazione si raggiunge l'obiettivo raccomandato dall'Oms dell'80% di punti vendita che dimostrino di avere in magazzino un dato farmaco. Se si dà uno sguardo ai singoli Paesi, il valore più basso si riscontra nella Repubblica democratica del Congo (9,9%) e una scarsa disponibilità (sotto il 30%) è osservata anche in Bolivia, Burundi, Camerun, Ciad, Kazakistan, Yemen e in diverse province della Cina.

«Sebbene i settori sanitari pubblici spesso forniscano medicinali a costo zero, la loro disponibilità rimane costantemente bassa. Di conseguenza, i pazienti devono rivolgersi al settore privato, che, nonostante migliori livelli di scorte, presenta una barriera sostanziale in termini di costi, spesso richiedendo più giorni di paga per un ciclo

di trattamento», spiegano i ricercatori. Lo studio prende infatti come unità di misura i giorni medi di stipendio che servono per l'acquisto di un farmaco, sulla base della paga locale di un dipendente pubblico al livello salariale più basso. Per il trattamento mensile del diabete con medicinali generici nel settore privato, ad esempio, nella regione africana occorre spendere circa due giorni di stipendio. Stesso impegno di spesa per un ciclo di cura dell'ulcera nelle regioni delle Americhe e del Mediterraneo orientale.

«I farmaci essenziali rimangono non disponibili e inaccessibili per larga parte del mondo» concludono gli autori dello studio. Si tratta di «un'iniquità che costituisce una violazione importante dei diritti umani e che richiede un'azione urgente e globale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE NEGATA

Uno studio australiano pubblicato sulla rivista medica "The Lancet" dipinge una situazione nei Paesi poveri ancora più drammatica di quella dell'Oms «Un'iniquità che viola i diritti umani»



Proteste in Sudafrica per il mancato accesso ai farmaci retrovirali e per avere la possibilità di violarne i brevetti per necessità
/Ansa



SALUTE

Il rilancio della sanità passa per la sfida delle liste d'attesa

Il governatore del Lazio, Francesco Rocca, ha puntato praticamente tutto sul miglioramento della sanità del Lazio. Quattordicimila assunzioni, fra stabilizzazioni dei precari storici e l'arrivo di nuovo personale, fra medici, infermieri, paramedici, autisti di ambulanze e così via. Poi, i nuovi macchinari, acquistati con fondi Pnrr e, se non tutti già operativi, poco ci manca. Macchinari importanti: tac, risonanze magnetiche, apparati di radiologia. Ma anche quelli più piccoli, come gli ecografi. Macchinari che, insieme al personale, consentono di aumentare il numero delle prestazioni erogate riducendo i tempi d'attesa. Che, per Rocca, è la vera sfida di quest'anno: durante il consueto scambio di auguri natalizi con la stampa, il presidente del Lazio ha ricordato come l'attesa nei pronto soccorso sia «un fenomeno

meno odioso» e che «entro marzo contiamo di risolvere in maniera definitiva per i cittadini del Lazio».

E poi tanta edilizia sanitaria: dopo l'incendio che distrusse il pronto soccorso dell'ospedale di Tivoli provocando anche la tragica scomparsa di quattro anziani pazienti, è partito un grande programma di ammodernamento degli ospedali in termini di anti incendio e anti sismica.

UMBERTO I

E, a proposito di edilizia sanitaria, il 2025 dovrà essere l'anno in cui si deciderà il futuro del Policlinico Umberto I. Dopo un primo tentativo della Sapienza di incamerare viale del Policlinico per allargare il complesso ospedaliero arrivando fino alle Mura Castrensi, pro-

getto bocciato dalla Soprintendenza e dai vigili del fuoco, ora è la volta della Regione. Che vorrebbe delocalizzare le funzioni principali

dell'Umberto I e trasferirle a Pietralata, allargando (in direzione Nomentana) l'attuale Ospedale Sandro Pertini.

In questo anno, si capirà se questo progetto è una strada percorribile o no, visto anche il peso dei pazienti che verrebbero serviti dal San Giovanni Addolorata, dal Santo Spirito in Sassia e dal Fatebenefratelli dell'isola Tiberina: forse troppo poco per compensare lo spostamento dell'Umberto I.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL GOVERNATORE
ROCCA:
«ENTRO MARZO
TROVEREMO
UNA SOLUZIONE
DEFINITIVA»**

I NUMERI

111

milioni di euro: è il valore economico del progetto del nuovo Ponte della Scafa

3

miliardi di euro è il valore della linea D della metropolitana

14.000

le assunzioni e stabilizzazioni in sanità varate dalla Giunta Rocca

50

milioni di presenze turistiche nel 2024 a Roma: è record



Sos autismo e disabilità dalla Regione 20 milioni

► L'assessore ai Servizi sociali, Maselli: «Dopo un anno di lavoro varato il primo Piano contro questa patologia». Uno stanziamento valido per 2mila pazienti

IL PROVVEDIMENTO

È il primo Piano regionale per la lotta all'autismo e arriva dopo un anno di lavori preparatori. Arriva, soprattutto, con uno stanziamento importante: 20 milioni di euro in due anni, 1,3 per sul bilancio 2024 e 19 milioni per quello 2025.

«AMPIO CONFRONTO»

«Abbiamo avviato un lavoro certosino - spiega Massimiliano Maselli, assessore ai Servizi sociali della Regione e autore del Piano - insieme ai dirigenti e funzionari di due direzioni regionali, Sociale e Salute, con i referenti territoriali dei servizi sanitari delle ASL e dei servizi sociali, e insieme all'Istituto Superiore di Sanità, agli ospedali e alle università. Questo tavolo ha formulato un Piano che è stato condiviso con il Comune di Roma, i sindacati, l'Anci Lazio, e, ovviamente, con Asl, Ospedali, soggetti privati che operano nel campo della riabilitazione; la Consulta Regionale per i problemi della disabilità, quella capitolina e le Consulte municipali di Roma Capitale per la disabilità, il Forum del Terzo Settore, le associazioni maggiormente rappresentative degli utenti e dei familiari nell'ambito dell'autismo e della disabilità, gli enti del terzo settore. Insomma, con tutto il mondo che si trova a vivere o ad affrontare la gestione di un tema, quello dell'autismo, davvero difficile e impattante sulla vita dei pazienti e su quella delle loro famiglie».

COS'È

L'autismo è un complesso di «disturbi comportamentali e cognitivi che insorgono durante il periodo dello sviluppo e che coinvolgono difficoltà significative nell'acquisizione ed esecuzione di specifiche funzioni intellettive, motorie, o sociali». Un soggetto colpito da autismo ha una compromissione qualitativa degli «affetti sociali» con un repertorio di comportamenti volti alla costruzione di adeguate relazioni interpersonali basate sulla sintonizzazione e comunicazione reciproca e «Comportamenti Ristretti e Ripetitivi» in cui sono incluse alcune caratteristiche dello stile cognitivo, caratterizzato da rigidità, presenza di interessi circoscritti, uso atipico di oggetti a cui può associarsi la presenza di particolari pattern di funzionamento sensoriale.

Aggiunge Maselli: «Per la partenza del Piano, abbiamo messo a disposizione un milione e 300 mila euro. Ma nella legge di bilancio 2025, ci sono 19 milioni, una cifra

storica, che serviranno soprattutto per garantire l'assistenza di circa 1000 giovani adulti presenti nelle case famiglia in tutta la regione e per abbattere le liste d'attesa di altri circa mille pazienti, quasi tutti di Roma Capitale, per autistici e per il Dopo di Noi».

I DETTAGLI

Il Piano si sviluppa su quattro assi principali: la presa in carico globale del paziente; il diritto del paziente alla scelta e all'autodeterminazione; la centralità della famiglia e dei caregiver; e l'inte-

grazione sociosanitaria. Il modello del Piano è trasversale: si va verso il superamento della gestione dei pazienti autistici solo per singola specialità medica. L'attuazione del Piano regionale autismo sarà sottoposta al monitoraggio e verifica da parte del tavolo regionale di confronto permanentemente sul tema della disabilità.

Gli obiettivi del piano sono sostanzialmente cinque: rafforzare la rete di assistenza sanitaria territoriale con l'attivazione di un centro di riferimento regionale per minori e giovani adulti con autismo. Il secondo, è l'aumento delle competenze specialistiche del personale del servizio sanitario regionale aumentando e migliorando la formazione specifica al trattamento dell'autismo. Il terzo è la creazione di una rete regionale che sappia riconoscere e intervenire con tempestività e appropriatezza nei casi di emergenze comportamentali. Quarto obiettivo: introdurre progressivamente percorsi integrati per l'inclusione sociale e la abilitazione/riabilitazione della persona con autismo. E, da ultimo, iniziative di sensibilizzazione e informazione per favorire l'inclusione sociale, scolastica e lavorativa.

Fernando M. Magliaro

**NELL'ELABORAZIONE
DEL DOCUMENTO
COINVOLTI
IL COMUNE, LE ASL,
OSPEDALI, UNIVERSITÀ
E IL TERZO SETTORE**



Denunciata**Botte ai medici
«Curano male
mia figlia»**

«Lei non ha fatto il suo dovere, non ha visitato mia figlia come doveva» e giù uno schiaffo, sferrato fra i corridoi del pronto soccorso Villa San Pietro, l'ospedale sulla Cassia. Nella notte di Capodanno si consuma l'ennesima aggressione.

Mozzetti a pag. 38

Aggredisce dottoressa del pronto soccorso «Mia figlia curata male»

►L'ennesimo episodio di violenza ai danni di un operatore sanitario si è verificato all'ospedale Villa San Pietro dove una mamma ha preso a schiaffi un medico

IL CASO

«Lei non ha fatto il suo dovere, non ha visitato mia figlia come doveva» e giù uno schiaffo, sferrato fra i corridoi del pronto soccorso Villa San Pietro, l'ospedale sulla Cassia.

Nella notte di Capodanno si consuma l'ennesima aggressione ai danni di un operatore sanitario, in questo caso di una dottoressa della struttura ospedaliera che, di turno, si è trovata a gestire il caso di una 15enne. Ma, stando poi alla ricostruzione operata dai carabinieri del Nucleo radiomobile e confluita in una denuncia, la madre della ragazzina avrebbe avuto da ridire sul comportamento del medico senza che vi fossero da parte sua mancanze. La vicenda ini-

zia non molto dopo l'inizio del nuovo anno. La notte di San Silvestro si festeggia e così anche la 15enne si ritrova a una festa a casa di amici. È minorenni ma l'amica da cui trascorre il Capodanno è una compagna di scuola e la famiglia era tranquilla. Se non che, quando ritorna a casa, la madre si accorge che non sta bene. Emaciata, con i movimenti sconnessi, la trova in uno stato alterato e sospetta che abbia assunto qualcosa, come della droga.

L'ANTEFATTO

Per questo le dice di infilarsi subito il giubbotto e la porta in ospedale. Al triage la ragazzina viene presa in carico con un codice non grave. È sì, alterata ma non a tal punto da ricevere un codice rosso o arancione. I sani-

tari, quando arriva il suo turno, fanno tutti gli accertamenti del caso. Quindi le analisi del sangue, quelle per rinvenire abuso di alcol e tossicologici. Quest'ultimi danno esito negativo e la diagnosi finale sarà abuso di alcol. La 15enne, nonostante l'età, aveva bevuto e troppo. Ma la madre non se ne convince anzi, di fronte ai medici pare abbia anche provato a negare la possi-



bilità che la figlia, una brava ragazza, possa davvero di sua iniziativa bevuto così tanto. Sostiene che qualcuno l'abbia fatta bere e continua a ipotizzare che forse l'hanno drogata. Tuttavia, gli esami escludono (fortunatamente) l'assunzione di droghe. Ma la vicenda non si chiude qui. Invece di prendere la figlia e riportarla a casa, la madre inizia ad accusare la dottoressa che l'ha visitata, di non aver fatto adeguatamente il suo compito. E di averla invece visitata con fretta e superficialità. Il medico ed altri colleghi provano a spiegarle ancora meglio che la ragazzina è stata visitata secondo le procedure e che lo stato di malessere, pur visibile ed evidente, era solo conseguenza di un abuso di alcolici.

LA DINAMICA

Per il corridoio dell'ospedale il tono di voce della madre, una donna italiana del 1970 incensurata, inizia ad alzarsi fino a che, di scatto prende e sferza uno

schiaffo in pieno volto alla dottoressa. Qualcuno la prende e l'allontana dal sanitario chiamando i soccorsi. In un primo momento interviene il personale di vigilanza dell'ospedale poi arrivato i carabinieri del Nucleo radiomobile. La madre della 15enne viene denunciata per lesioni a un professionista sanitario in base all'articolo 583

quater del codice penale, mentre la dottoressa, refertata nello stesso pronto soccorso riceve un giorno di prognosi. Nei fatti la gravità sta nell'offesa e nell'aggressione e non nell'esito delle stesse. I militari, seguendo la procedura, hanno informato la procura minorile e questo perché comunque una ragazzina di 15enne è arrivata ubriaca in ospedale ma anche la procura ordinaria per quella che nei fatti è stata un'aggressione alla dottoressa.

Aggressioni che, seppur per motivi e dinamiche diverse, non tendono a scomparire dal-

le zone di primo soccorso degli ospedali.

IL FENOMENO

Nonostante il ripristino, ormai datato, dei posti di polizia negli ospedali, le cronache continuano ad annoverare episodi di familiari e/o amici di pazienti che si scagliano, verbalmente o fisicamente, contro il personale sanitario. Sia esso un medico o un infermiere. E non mancano neanche i casi, purtroppo, di minori che varcano i pronto soccorsi, accusando malesseri riconducibili all'abuso di alcolici o stupefacenti. A tal punto che si fa sempre più affannosa la "classificazione" delle sostanze assunte, fra quelle censite e già riconoscibili perché inserite nei ranking delle classifiche ed e rintracciabili con gli esami di rito, e le sostanze, spesso frutto di mix non ancora riconosciute.

Camilla Mozzetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DONNA NON CREDE CHE LA GIOVANE POSSA AVER BEVUTO E SI SCAGLIA CONTRO IL MEDICO: DENUNCIATA PER LESIONI

LA RAGAZZA 15ENNE ERA IN UNO STATO DI ALTERAZIONE PER AVER ABUSATO DI ALCOL AD UNA FESTA



Una pattuglia dei carabinieri davanti all'ospedale Villa San Pietro sulla Cassia dove si è verificata l'aggressione



Muore dopo otto giorni sulla barella la figlia accusa: "Era in codice verde"

di Claudia Brunetto

PALERMO – Un anno fa, alla vigilia di Natale, ha detto addio al padre malato di tumore. Venerdì scorso, le è toccato rivivere lo stesso dramma con la madre Maria Ruggia di 76 anni, che non ce l'ha fatta dopo otto giorni trascorsi su una barella all'ospedale Ingrassia di Palermo. Cardiopatica con pacemaker, diabetica e con un tumore al seno diagnosticato un mese e mezzo fa, è stata costretta a trascorrere 192 ore in uno stanzone circondato da altre persone bisognose di cure come lei.

«Otto giorni di buio in cui non abbiamo saputo nulla di quello che stavano facendo a mia madre – racconta la figlia Romina Gelardi che ha presentato un esposto in procura con l'avvocato Andrea Dell'Aira – So soltanto che siamo arrivati al pronto soccorso in codice verde perché mia madre non mangiava da tre giorni e che venerdì scorso mi hanno telefonato dal reparto per dirmi che era morta. La morte di mio padre me l'aspettavo, mia madre invece, l'hanno fatta morire, voglio che sia fatta giustizia. Troppo dolore, non ha senso ormai il Natale per me». Quando Ruggia è arrivata all'Ingrassia non c'erano barelle, né sedie a rotelle a disposizione, così è rimasta sulla lettiga dell'ambulan-

za per un bel po' prima di entrare in astanteria.

Soltanto dopo otto giorni, mercoledì scorso, è riuscita a conquistare un letto nel reparto di Medicina generale. Ma meno di 48 ore dopo è morta. Ero felice – dice la figlia – Ho pensato, finalmente inizieranno a curarla. Invece già l'indomani mattina ho ricevuto dal reparto una telefonata che annunciava la gravità della condizione di mia madre. I medici hanno detto che è arrivata in reparto in condizioni "pietose". «Fra la vita e la morte», a detta dei dottori. «Negli otto giorni in barella nessuno ci ha dato informazioni adeguate – dice Gelardi – La idratavano con le flebo e le davamo da mangiare io e mia zia. Mia madre era smarrita, confusa. È stata tenuta al pronto soccorso senza un'adeguata terapia antibiotica preventiva visto che si trattava di una paziente fragile, esponendola a un ambiente sanitario non idoneo. Voglio sapere se ha contratto un'infezione all'ospedale, se non è stata curata bene. Insomma, voglio sapere se mia madre è morta perché è arrivato il suo momento o perché qualcuno ha sbagliato».

La sera stessa della morte, dopo l'esposto in procura, è arrivata la polizia all'ospedale per sequestrare le cartelle cliniche, così come è stata

sequestrata la salma che sarà sottoposta all'autopsia. «Non capiamo come sia stato possibile tenere un soggetto fragile come lei per otto giorni su una barella – dice l'avvocato Dell'Aira – Abbiamo chiesto alla procura di accertare le responsabilità».

L'ospedale, intanto, ha assicurato l'avvio di un'indagine interna «al fine di verificare eventuali profili di responsabilità sulla gestione dell'assistenza e del ricovero della donna, arrivata in gravi condizioni di salute e con un complesso quadro clinico», si legge nella nota dell'azienda sanitaria provinciale del capoluogo siciliano che «verificherà anche il rispetto delle procedure e dei protocolli al pronto soccorso». A denunciare il caso sui social anche Davide Faraone, capogruppo di Italia Viva alla Camera: «Maria ha vissuto gli ultimi giorni della sua vita nelle stesse condizioni in cui sono costretti a stare i siciliani che hanno la sfortuna di finire in un pronto soccorso. Per il governatore Renato Schifani, va bene così e in Sicilia regna l'assuefazione».

Palermo, aperta un'inchiesta sul decesso della donna
"Tenuta senza cure e trasferita in Medicina quando ormai era troppo tardi"



La vittima

La signora Maria Ruggia, 76 anni, è rimasta in barella per otto giorni nell'ospedale Ingrassia di Palermo prima di essere trasferita nel reparto di Medicina dove poi è morta. Aperta un'inchiesta

