

5 giugno 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

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

ARIS

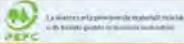


la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari



Mercoledì 5 giugno 2024



Oggi con Green & Blue

€1,70

IL FRONTE DELLA SANITÀ

Liste di attesa
Il bluff del governo

Via libera alla riforma Schillaci, ma non ci sono stanziamenti aggiuntivi
Schlein: "Misure fuffa per prendere in giro i cittadini". Regioni d'accordo

La premier: criminali tra i migranti

Il commento

Se Meloni va in Procura

di Carlo Bonini

Quattro giorni dal voto e su un tema politicamente ed elettoralmente sensibile come quello dei migranti...

a pagina 37

di Michele Bocci

Misure già previste da anni sbandierate come decisive, moltiplicazione di strutture di controllo e soprattutto zero soldi.

a pagina 3 servizi di Abbate, Cerami Colombo, Ricciardi e Ziniti da pagina 2 a pagina 7

L'analisi

Una Nato più europea

di Luigi Manconi

Alcuni giorni fa Marco Tarquinio, già direttore di Avvenire, il quotidiano della Conferenza episcopale italiana, candidato indipendente nelle liste del Pd per il Parlamento europeo...

a pagina 36

Il retroscena

Green Deal la finta guerra della maggioranza

di Elena Dusi e Luca Fraioli alle pagine 26 e 27



NESSUN ITALIANO COME LUI



Parigi Dopo il ritiro di Djokovic, Sinner sale al vertice del ranking Atp

Sinner, re del tennis È il n. 1 al mondo

dal nostro inviato Paolo Rossi

PARIGI - La festa più bella del mondo che un atleta possa immaginare. Il momento che chiunque faccia sport agonistico sogna.

a pagina 22

Il personaggio

Il messia tanto sognato

di Gabriele Romagnoli

L'attesa messianica è finita. L'auto-profezia si è avverata: predestinato da sé stesso, Sinner è il numero uno.

a pagina 23



Rimadesio

Ucraina

Macron accelera Istruttori militari in aiuto di Kiev



di Castelletti, Ginori e Raineri alle pagine 12 e 13

Roma



Arrestato il "Bufalo" L'ultimo reduce della Magliana

di Giuseppe Scarpa a pagina 21

Cultura

Invito all'Opera politicamente scorretta



di Corrado Augias alle pagine 40 e 41

CORRIERE DELLA SERA

RCS

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 59 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 68797510
mail: servizioclienti@corriere.it

Nuovo presidente
L'Inter americana
sceglie Marotta
di Bertolino, Dalleria, Tomaselli
a pagina 59



Classifica mondiale
Politecnico primo
tra gli atenei italiani
di Gianna Fregonara
e Orsola Riva a pagina 29



Noi e l'ambiente

LA TERRA
NON PUÒ
ATTENDERE

di Gian Antonio Stella

«La siccità dovuta al cambiamento climatico di origine antropica colpì anche i Maya: troppe puzlette dei chihuahua». La Rete è piena di spiritosaggini come questa d'una «influencer di CasaPound» o del neo-comunista Marco Rizzo che con una copertina della «Domenica» dice che «anche 71 anni fa in Italia in estate faceva caldo. Ma a nessuno veniva in mente di obbligarci a rottamare la tua auto né a seguire bizzarre mode volute da finanza e multinazionale». Facile buttarla in caciara...

Cinquant'anni fa, però, quando fu varata la 1ª Giornata Mondiale dell'Ambiente che celebra oggi la #GenerazioneRestauro scommettendo che possa «fare pace con la terra», il lago d'Aral aveva la superficie di 68 mila chilometri quadrati ed era pieno di pescherecci che tornavano con le reti gonfite; oggi è ridotto a poche pozzanghere con le navi sprofondate nel deserto mentre i ghiacciai del Tien Shan dove nascevano i maestosi affluenti asiatici stanno diventando malinconiche pietraie. E con l'Aral si sono spaventosamente ridotti il Great Salt Lake negli States, il lago Poopó sulle Ande, il Poyang e altri 243 laghi cinesi, il Lago Urmia in Iran... Per non dire del Chad, che era 67 volte più grande del Garda e oggi è una bassa bacinella fangosa vasta meno di tre volte la laguna veneziana e profonda al massimo due metri nei cui dintorni vivono 30 milioni di africani inchiodati a un solo sogno: emigrare.

continua a pagina 42

Tennis Djokovic dà forfait, Sinner è numero 1

Jannik in cima
al mondo
«È un sogno»

di Gaia Piccardi a pagina 18

Jannik Sinner, 22 anni, sorride dopo aver battuto il bulgaro Dimitrov al Roland Garros di Parigi

Un lungo cammino
Non si fermerà qui

di Marco Imarisio a pagina 18

Tira forte sulle righe
meglio di chiunque

Adriano Panatta a pagina 20



Governo Esposto all'Antimafia, la Campania nel mirino

Migranti, Meloni:
regia criminale
nel decreto flussi

Liste d'attesa, piano al via tra le polemiche

INTERVISTA CON CONTE

«Un reddito Ue
di cittadinanza
E stop al riarmo»

di Claudio Bozza



Un reddito di cittadinanza europeo. Insiste, Giuseppe Conte, guida del M5S: «No alla corsa al riarmo». Il campo largo? «Contano gli obiettivi, non i leader».

a pagina 9

GIANNELLI

DOPO LE CRITICHE DELLA LEGA A MANTARELLA



GARA DI SOLIDARIETÀ

da pagina 2 a pagina 11

La tragedia Faro sui soccorsi. Inchiesta per omicidio colposo

Quattro telefonate dal fiume
«Aiuto, chiamate mamma»di Beatrice Branca
e Alessio Ribauda

«Venite a salvarci... chiamate mia mamma...». Patrizia, poco prima di essere travolta dalle acque melmose del Natisone con i due amici, ha telefonato ancora una volta al 112. In trenta minuti sono state quattro, ha chiarito la Procura di Udine che indaga per omicidio colposo, le chiamate fatte dai ragazzi al numero unico di emergenza. E una non ha avuto risposta. La madre di Patrizia: «Nessuno li ha salvati, ma tutti hanno fatto i video».

a pagina 23

TERZO MANDATO, MA DEVE CERCARE ALLEATI
India, Modi vince (male)

di Alessandra Muglia

L'India si affida ancora a Modi. Guiderà il Paese per un terzo mandato. Ma per governare dovrà trovare alleati.

a pagina 17

«BIBI ALLUNGA LA GUERRA». POI LA FRENATA
Israele, le critiche di Biden

di Viviana Mazza

Il presidente americano torna a criticare Israele. «Netanyahu allunga la guerra». Poi arriva la frenata.

a pagina 13

IL CAFFÈ

di Massimo Gramellini

Lollo hippy hippy (urrà)

Giuseppe Ferrante de L'aria che tira si aggira in piazza tra i fratelli d'Italia, chiedendo loro che cosa pensino della cannabis light. Quelli mangiano la foglia, è il caso di dirlo, e alla vigilia delle elezioni si rifugiano in risposte laterali, altrimenti poi chi la sente Giorgia detta Giorgia? Finché il microfono arriva a lui. Il mio idolo. Quando mi ritrovo a corto di idee, cioè quasi sempre, digito il suo cognome su Google — «Lollobrigida» — sperando che mi illumini con qualche «lollata». E non mi delude, mai. Neanche stavolta: «Light no», afferma l'esponente del partito proibizionista. «Se te devi fa 'na canna, fattela bene!». E lo dice restando serio, come i comici veri. Solo che lui sarebbe un ministro. Ogni governo ne ha avuto uno con delega al

buonumore, e il pensiero corre grato a Toninelli. Anche Sangiuliano era partito forte, poi si è un po' perso in un oceano di gravitas. Invece Lollobrigida è il Sinner delle figuracce: sempre sul pezzo, le prende tutte.

Il Lollo hippy mancava ancora alla collezione. Non vedo l'ora di metterlo accanto al Lollo bucolico che parla con le mucche, al Lollo viaggiatore che ferma i treni a comando e al Lollo pacifista che ferma addirittura le guerre, semplicemente invitandole a cena. Tutti a chiedersi perché la Meloni abbia portato suo cognato al governo, quando è così evidente: per rassicurare le cancellerie e i mercati, anche quelli rionali. Dove c'è Lollo, non c'è pericolo. Dove c'è Lollo, è tutto più light.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tutto Enel,
è Formidabile.È arrivata la nuova offerta
Super Formidabile Auto.

Scopri di più su enel.it



190 ANNI DEL CARTOON

Perché siamo tutti Paperino
simbolo del maschio perdente

MARMIROLI E RIGATELLI - PAGINE 22 E 23



LA GIORNATA DELL'AMBIENTE

Se vogliamo salvare il Pianeta
partiamo dall'alimentazione

CARLO PETRINI - PAGINA 29



VERSO GLI EUROPEI

È un'Italia troppo amichevole
Contro la Turchia finisce 0-0

BARILLÀ E BUCCHERI - PAGINA 36



LA STAMPA

MERCOLEDÌ 5 GIUGNO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 158 II N.154 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

INTERVISTA AL VICEPRESIDENTE DEL CONSIGLIO: VOGLIO PIÙ ITALIA E MENO EUROPA. IL TEMPO DI VON DER LEYEN È FINITO

Salvini: Io voto Vannacci

"Solo Meloni e Schlein lo batteranno. Mai chiesto le dimissioni di Mattarella. Forza Italia non ci supererà"

IL MEDIO ORIENTE

Biden su Netanyahu
"Allunga la guerra
per motivi politici"

ALBERTO SIMONI



La proposta di pace in tre fasi descritta da Joe Biden venerdì scorso resta nel limbo e così Brett McGurk, l'uomo che al Consiglio per la Sicurezza nazionale coordina il dossier mediorientale, partirà in settimana per la regione con il duplice obiettivo di spingere per un'intesa sul ritorno degli ostaggi e ottenere il cessate il fuoco. Il segretario di Stato Antony Blinken, nel frattempo, dialoga con gli omologhi di Algeria e Arabia Saudita.

NELLO DEI GATTO - PAGINA 12

L'INTERVISTA

Nevo: "Tregua difficile
e la colpa è di Hamas"

FABIANA MAGRI

Da quando è arrivato in Italia per un ciclo di presentazioni della sua raccolta di racconti Legami, Eshkol Nevo, come tutti gli israeliani, vive sospeso nell'attesa dell'accordo per una tregua fra il suo governo e Hamas.

GRIGNETTI, LOMBARDO, OLIVO

«Nessun rimpasto di governo dopo le Europee, tutto resterà così», dice alla Stampa il leader della Lega e ministro delle Infrastrutture, Matteo Salvini.

I medici che mancano
per le liste d'attesa

Nino Cartabellotta

IL RACCONTO

Giorgia, la vita privata
e l'attenzione morbosa

MARIA LAURA RODOTÀ

Dopo millenni di patriarcato, è oggi pratica woke credere alla donna. Se si sente molestata, si vede atteggiamenti morbosi, se denuncia la presenza di stalker.

L'ECONOMIA

Commissario alla Crt
fora di mettere ordine

Giuseppe Bottero

Rinnovabili in bolletta
la beffa dell'energia

Davide Tabarelli

DJOKOVIC SI RITIRA A PARIGI, SINNER PRIMO ITALIANO NELLA STORIA A GUIDARE IL TENNIS MONDIALE

Il Numero Uno

STEFANO SEMERARO

Jannik dominerà per 10 anni
BORIS BECKER

Sapevamo che sarebbe accaduto. Jannik è costantemente migliorato da quando è arrivato tra i professionisti.

Speciale come Rossi e Pellegrini
GIGI BUFFON

Jannik Sinner numero uno, primo italiano della storia, mi rende orgoglioso perché dietro c'è un percorso positivo.

CARLOTTA BILMORGER/EPA

LA STORIA

In carcere il Bufalo
boss della Magliana
A Roma l'eterno
romanzo criminale

FRANCESCA FAGNANI



Lui è Marcello Colafigli, per tutti Marcellone, figura apicale della Banda della Magliana e braccio destro e sinistro di uno dei suoi fondatori, Franco Giuseppe Pucci.

LA POLEMICA

Se l'atletica europea
scopre il Duce al Coni

GIULIA ZONCA



Se la storia morde vuol dire che non la si è superata o forse solo che ne mancano dei pezzi. Imbarazzo al Foro Italico, quando lo staff di European Athletics è entrato al Salone d'onore del Coni e s'è trovato faccia a faccia con il Duce.

IL CASO

Il fantasma neonazista
candidato in Brianza

ANDREA PALLADINO

Nell'area tra la provincia Nord di Milano, Varese, Novara e la Brianza il Movimento Nazionalista e Socialista dei Lavoratori, in altre parole la riedizione del partito nazista, ha una struttura apparentemente ben organizzata.

BUONGIORNO

Immagino che nessuno di voi abbia idea di chi sia Matt Wallace, ed è bello, perché vive in un mondo sano. Purtroppo mi tocca rompere l'idillio: Matt Wallace è una specie di influencer con un milione e ottocentomila follower su X, nuovo nome di Twitter, dove ieri ha svelato che fine ha fatto Kate Middleton, moglie del prossimo re d'Inghilterra. Ha preso un quadro raffigurante Carlo, suocero di Kate e attuale sovrano, lo ha sdoppiato, ha capovolto le due copie, le ha congiunte e all'improvviso in un punto al centro è comparso il volto di un caprone. Oddio, ci voleva un po' d'impegno per vederlo, piuttosto lo si intuiva, e una volta colorato di nero, il caprone prendeva le sembianze di Belzebù. Non può essere una coincidenza, ha detto Wallace. E quindi Carlo ha ucciso Kate: ecco perché è scomparsa dalla circolazione. Non so-

Un mondo sano

MATTIA FELTRI

no sicuro che il volto del demonio come prova dell'omicidio reggerebbe in tribunale, ma su X è stato un pomeriggio elettrizzante: la dimostrazione è stata vista oltre due milioni di volte, con oltre diecimila like. Ma Wallace è uno che si fatto suo: Bill Gates e George Soros hanno diffuso il Covid, la guerra in Ucraina è stata voluta dall'Occidente per riciclare denaro sporco, i coniugi Obama hanno qualcosa da nascondere sulla morte di un loro dipendente. Per dirne solo alcune, parecchio apprezzate dal padrone di X, Elon Musk, che le rilancia spesso commentando con molti Wow! Musk è anche un amico e un fervente sostenitore di Donald Trump, di cui probabilmente diventerà consigliere economico se a novembre Joe Biden sarà sconfitto. Benissimo, ora torniamo pure nel mondo sano, a godermene gli sgoccioli.

Punta alla ricerca.
Contro il cancro sostieni Candiolo.

5X1000 FIRMA PER LA RICERCA SANITARIA.
C.F. 97519070011

#sostienicandiolo
dona su www.fprconlus.it

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

Il Messaggero

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

€ 1,40 ANNO 140 N° 154
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c) DCB/DM

NAZIONALE



Mercoledì 5 Giugno 2024 • S. Bonifacio

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su **ILMESSAGGERO.IT**

Lazio e Lombardia in testa
Turismo da record:
in Italia 451 milioni
di presenze

Melina a pag. 9



Torna il re degli stadi
Super Vasco:
7 concerti a San Siro
poi tre a Bari

Marzi a pag. 24



Verso Euro 24
Azzurri scoloriti
Con la Turchia
finisce 0-0

Nello Sport



L'editoriale

TRA ROMA E L'EUROPA: LA SFIDA È IL FUTURO

Guido Boffo

Dirigere un grande giornale, com'è il Messaggero per tradizione e vocazione, è una sfida che richiede fiducia. In primo luogo la fiducia nella capacità di coagulare intorno a un progetto una redazione, le sensibilità e le intelligenze che la compongono. La fiducia nella rotta che si intende seguire, nella bontà dell'approdo, nel fatto che al termine della notte i media continueranno ad esercitare un ruolo decisivo per la democrazia, il recupero di un'intermediazione che non manipoli le coscienze ma fornisca loro gli strumenti per plasmarci. La fiducia del lettore e nel lettore, che sappia cogliere lo sforzo, senza lasciarsi fiaccare dalla bulimia di notizie riversate dai canali più disparati, in spregio all'attendibilità. La fiducia che la transizione in atto, dai media tradizionali a quelli digitali, sulla quale siamo concentrati, arricchisca le competenze di una professione senza svilmarla la funzione. E riduca a ornamento degli algoritmi. Ringrazio Francesco Gaetano Caltagirone e Azzurra Caltagirone per la fiducia che presuppone tutte le altre, quella dell'Editore.

Una redazione è un caleidoscopio di eventi, protagonisti, tragedie e storie. Ritornare questa materia magmatica e rappresentarla in maniera organica, ecco la nostra missione. Questa redazione, in particolare, ha la fortuna di affacciarsi su Roma, di costituirne la narrazione e lo specchio, in un rapporto di dare e avere senza eguali. Sono un romano di importazione, con gli occhi della meraviglia e non (ancora) della disillusione. Sorpreso dal fatto che a questa città non venga dato il riconoscimento che meriterebbe, non tanto per la bellezza incommensurabile, ma per il ruolo che esercita e gli oneri che sopporta. Di ciò è responsabile una politica che negli anni non ha saputo attribuire a Roma poteri e competenze adeguati al suo status, lasciandola consumarsi nel calderone dei luoghi comuni e delle facilità (a volte offensive) battute.

Continua a pag. 27

Djokovic si ritira al Roland Garros: Sinner il primo tennista italiano a diventare numero 1 al mondo



Come lui nessuno mai

Il commento
IL NOSTRO FENOMENO DIVERSO

Piero Mei

Jannik Sinner, il numero uno sul campo, adesso è numero uno anche sulla carta che, come da proverbio, (...) Continua nello Sport

L'ex campione
Wilander: Jannik regnerà a lungo

ROMA Mats Wilander: «Bravo Jannik, il suo regno sarà lungo». Martucci nello Sport

Jannik Sinner, 22 anni, nuovo re del tennis mondiale. Nello Sport

L'intervista



Tajani: «L'Ue un'opportunità per crescere»

ROMA «L'Europa non è matri-gna». Così il leader di Forza Italia Antonio Tajani in una intervista al Messaggero: «Sostenibilità, economia e mercato dell'energia la Ue è un'opportunità per i cittadini». A pag. 5

Meloni: «Truffe sul decreto flussi la legge Bossi-Fini è da cambiare»

►Migranti, esposto della premier all'Antimafia: irregolarità nel click day in Campania

«Sanatoria per i locali al pianterreno»

Piano Casa, emendamenti Lega: «Più facile ottenere l'abitabilità»

ROMA Matteo Salvini «emenda» il suo Salva-casa. E propone la fagibilità anche per i miniappartamenti. Cioè quelli con una superficie di 20 metri quadri (oggi il limite minimo è di 28 metri), se abitati da una sola persona. Addio all'altezza minima che passerebbe per ogni stanza dai 2,70 ai 2,40 metri. Più facile poi trasformare in abitazioni le ex portinerie condominiali al primo piano. A pag. 17

Regioni in trincea

Sblocca liste d'attesa. ok al decreto: multe per chi non le riduce

ROMA Liste d'attesa, si al piano. Finiti i manager delle Asl che non riducono i tempi. Il ministro della Salute Schillace: «Ora le Regioni devono fare la loro parte». A pag. 9

La tragedia

Natisono, le quattro telefonate: si indaga sui soccorsi lenti



UDINE Il dramma del Natisono, le 4 chiamate di Patrizia. Si indaga sui soccorsi lenti. La madre: «Voleva portare in salvo l'amica, per questo è morta». Zanirato a pag. 15

CARDIO TC

L'unico esame diagnostico realmente efficace per la prevenzione dell'infarto

VILLA MAFALDA CLINICA PRIVATA POLISPECIALISTICA

Via Monte delle Gioie, 5 Roma - Tel. 06 86 09 43 35 - radiologia@villamafalda.com - villamafalda.com

Il Segno di LUCA

VERGINE. CARTE VINCENTI

Mentre si prepara per il novilunio di domani, la Luna viene a darci una mano nella missione iniziata qualche settimana fa, consentendoci di concludere qualcosa di importante nel lavoro, ora che sei anche favorito dai numerosi aspetti positivi che ti facilitano il compito. Hai talmente tante carte da giocare che diventa difficile scegliere quale, ma per una volta puoi stare tranquillo perché in ogni caso sono tutte carte vincenti.

MANTRA DEL GIORNO
Ogni interpretazione è arbitraria.
L'oroscopo a pag. 27

* Tariffe per gli abbonamenti (non allegabili all'abbonamento): per il giorno € 1,40; per il mese € 42,00; per il trimestre € 126,00; per il semestre € 252,00; per l'anno € 504,00. Per gli abbonamenti all'estero, le tariffe variano in base al paese. Per le tariffe di dettaglio, visitate il sito www.ilmessaggero.it. Per le tariffe di dettaglio, visitate il sito www.ilmessaggero.it. Per le tariffe di dettaglio, visitate il sito www.ilmessaggero.it.

Mercoledì 5 giugno 2024 ANNO LVIII n° 133 1,50 € San Bonifacio vescovo e martire

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Terzo settore e approccio di comunità GIOCO DI SQUADRA PER LA SANITÀ

LEONARDO BECCHETTI

Si parla tanto, e in molti casi purtroppo giustamente, di sanità alla deriva, ma si fa fatica a capire in profondità cosa stia accadendo e quali siano le strategie più efficaci per provare a rispondere a un problema enorme. Ciò che stiamo vivendo oggi - e continueremo a vivere pressantemente domani - è in realtà frutto di una buona e di una cattiva notizia. La buona notizia è che il progresso medico-scientifico sta vivendo un'ulteriore fase di accelerazione: se con la rete era cresciuta la velocità di circolazione delle conoscenze, con l'avvento dell'intelligenza artificiale c'è un salto in avanti nella velocità di ri-elaborazione delle stesse. La cattiva notizia è che tale dinamica, paradossalmente, si risolverà a breve in un aumento della domanda economica di cure: il progresso medico in moltissimi casi trasforma malattie mortali in croniche e aumentati non solo l'aspettativa di vita, ma anche quella "non in buona salute", con essa, il fabbisogno di spesa sanitaria. Per affrontare questa nuova situazione, in Italia come in altri Paesi, c'è sempre più consapevolezza della necessità di ambito di sanità di una rivoluzione di squadra e di processo dove il pubblico, il privato profit e il privato not-for-profit uniscono le forze in un sistema di azione integrato che si avvale di una co-programmazione condivisa. In Italia il principio della "superiorità" della co-programmazione è stato sancito dalla sentenza n. 131 della Corte Costituzionale in virtù della complementarità delle forze e della capacità del Terzo settore e dei portatori d'interesse locali di essere più prossimi, più informati e più capaci di intervenire per risolvere i problemi. Ma anche nel Regno Unito ad esempio, proprio nel settore della sanità, il modello degli Integrated Care Systems che mette assieme strutture pubbliche e aziende di imprese e comunità locali viene sperimentato e comincia a diffondersi con una trentina di esperienze in diverse aree del Paese. Il valore del mix tra i diversi attori emerge dalla differenza di compiti e di competenze e dai vantaggi comparati. Si va delineando un sistema dove il privato garantisce l'accesso universale in caso di acuzie (il codice rosso del pronto soccorso), ma non ha le risorse per seguire tutti i pazienti nella fase successiva, in cui si avvale del concorso del privato convenzionato. A questo punto si apre un doppio canale, dove il servizio di pronto pagamento per gli abbienti subsidia la prestazione gratuita convenzionata per i meno abbienti. Il Terzo settore gioca un ruolo importante in questo sistema come modello di governance in tutti quegli enti che si dedicano ad attività ad alta intensità di lavoro professionale e relazionale con un vantaggio comparato (assistenza domiciliare, cure palliative). È proprio il settore delle cure palliative a darci un'idea della portata nuova dei problemi e dell'importanza del mix degli attori dedicati. Si stima attualmente che circa 500mila pazienti l'anno in Italia abbiano bisogno di cure palliative e che il 60% circa delle organizzazioni siano enti del Terzo settore. Con questo mix, oggi, si fa il possibile sapendo che purtroppo non basta. Molti italiani sono costretti di fatto a rinunciare alle cure nella fase post-acuzie per le lunghissime file d'attesa nel pubblico. Trovare un posto letto in ospedale è difficile, e questo intasa il pronto soccorso. Appena una persona si riceve le cure palliative e solo sei Regioni, tutte del Centro-Nord, hanno attivato la procedura di accreditamento dei centri in grado di erogare il servizio. In un Paese in profonda crisi demografica come il nostro, dove circa un terzo delle persone è single e la quota di anziani ampia e in aumento, per coprire con qualità il crescente fabbisogno è necessario anzitutto passare dalla logica prestazionale a quella di prossimità e di presa in carico, ovvero a un approccio istituzionale a uno di comunità. Il valore centrale diventa dunque quello della relazione, dell'attivazione e della distribuzione della cura.

continua a pagina 24

IL FATTO Meloni evidenzia all'Antimafia in particolare le richieste della Campania del tutto sproporzionate: il sospetto di manovre della criminalità

L'anomalia dei regolari

La premier denuncia le irregolarità delle domande di stranieri nel decreto flussi. «Legge Bossi-Fini da rivedere» E per ridurre le liste d'attesa in sanità il governo impegna pure i weekend, senza però stanziare risorse aggiuntive

IPSQS-TONIOLO Il 68% dei giovani pronto a votare Ma non sanno chi

ALESSIA GUERRIERI - VINCENZO R. SPAGNOLO

In procinto di partire per Tirana, dove oggi visiterà i luoghi dove dovrebbero sorgere i centri per migranti previsti dal protocollo con l'Albania, la premier Meloni presenta un esposto alla Procura nazionale antimafia sugli ingressi di lavoratori stranieri coi decreti flussi. Da un monitoraggio allertato, emerge la discrepanza «allarmante, soprattutto in Campania, fra il numero di domande e il numero di datari di lavoro. Il suo timore è le reti criminali usino anche quel canale per favorire l'immigrazione irregolare. Ma il Pd la incalza, chiedendo un'audizione del procuratore Melillo e invitando a «evitare speculazioni». Il Cdm ha dato il via libera al decreto ai 30 giugno per accorciare i tempi di visite e prestazioni sanitarie con l'introduzione di un cup unico, pubblico e convenzionato, l'abbandono del letto di spesa del personale, abolito dal 2025, la detassazione degli straordinari e fondi per la salute mentale dal 2026. Incentivi e sanzioni per le reti che raggiungono o meno gli obiettivi.

Fassini, Mira e Salinaro alle pagine 5 e 10

Paolini a pagina 6

INTERVISTA PER I 90 ANNI Guzzetti: «Ora serve un nuovo patto tra le generazioni»

Lo storico presidente di Fondazione Cariplo, a 90 anni appena compiuti, ricorda: «Con De Gasperi, Schumani e Adenauer si realizzò l'idea di un'Europa destino dei nostri popoli. Nel 15 anni di Merkel, tanti ideali sono stati traditi. Le prossime elezioni? Con Meloni e Salvini l'Europa è finita».

Motta a pagina 8

nostrì temi CHIESA «Smaschillare» Buone pratiche anziché proteste ALBERTO COZZI a pagina 23 ETICA E VITA Diritto d'aborto? No, assoluta contraddizione VITTORIO POSSENTI a pagina 23

TENNIS Djokovic si ritira per un infortunio. Per la prima volta un italiano in cima alla classifica



L'ace di Sinner numero 1 al mondo

«Un giorno speciale, è il sogno della vita». Così, con parole semplici velate dalla emozione, Jannik Sinner ha commentato la sua ascesa sul tetto del mondo del tennis, prima volta di un italiano numero 1. Decisivo l'infortunio che ha costretto al ritiro dal torneo di Parigi Djokovic che aveva guidato la classifica complessivamente per 428 settimane. Sul campo Sinner ha battuto Dimitrov approdando alle semifinali del Roland Garros.

L'ECONOMIA CIVILE L'albergo etico fa il tutto esaurito Giannetta nell'alegato



L'ecosistema che va ripristinato Giornata dell'ambiente inserito al centro

Dio fra le righe Lorenzo Fazzini

Siamo qui perché amati Corinae McCarthy, scrittore americano deceduto lo scorso anno, è stata una delle grandi voci della narrativa contemporanea. Capace anche di indagare, con la metafora della frontiera e l'ambientazione in un West selvatico, violento e crudele, il mistero del male e la possibilità (nascosta) di Dio. Il suo penultimo romanzo, Il passeggero (Einaudi), trasuda anch'esse di interrogativi religiosi. Come nel dialogo tra il protagonista Westero e un personaggio femminile: «Tu ci credi in Dio? Sinceramente?». «Certo». «Non so chi o che cosa sia Dio. Ma non credo che tutto questo sia arrivato qui da solo, lo inclusa».

Agorà

LA SCOMPARSA Addio a Moltmann il teologo che riportò la speranza nel '900 Roncalli a pagina 27

STORIA Una volta faceva fuoco e fiamme: ma che fine ha fatto l'inferno? Al Kalak a pagina 28

MUSICA Giallo e Torre, due artiste contro la violenza Iordani a pagina 29

LE GUERRE Biden preme su Netanyahu

Gaza, tregua in forse Bombe a grappolo sui civili a Odessa

Mentre si aspetta una risposta ufficiale di Hamas alla proposta israeliano-americana di un accordo per la tregua nella Striscia di Gaza, il governo di Benjamin Netanyahu fa i conti con le crepe al suo interno. Dal Libano un alto funzionario di Hamas dichiara che «senza una posizione chiara da parte di Israele per preparare la fine della guerra e il ritiro da Gaza non ci sarà un accordo». Il rischio è che deflaghi il fronte sionista. Il capo dell'esercito ha dichiarato: «Siamo pronti per una guerra in Libano». È il ministro di estrema destra Ben-Gvir ha invocato la distruzione e il rigo delle roccaforti di Hezbollah. Nella guerra in Europa, per il terzo giorno consecutivo missili balistici sono stati lanciati contro Odessa. Le autorità ucraine riferiscono che erano caricate con bombe a grappolo: un'ipotesi smentita da Human Rights Watch. Con le nuove armi fornite dalla Nato, Kiev ha preso di mira la Crimea, ufficialmente non riconosciuta come territorio russo. Nella penisola i russi dilocano la contrattacco nei quartieri.

Broggi, Geronico e Scavo (inviato) alle pagine 2-3

DAI TUO 5X1000 A PROGETTO ARCA 1 1 1 8 3 6 7 0 1 5 6 Dove va a finire il tuo 5x1000? Con Progetto Arca diventa parte di cura e accoglienza per migliaia di persone. Dai giovani e disabili alle persone con disabilità e i loro cari. 5x1000.progettoarca.org

Cure nel privato pagate dal Ssn per tagliare le liste d'attesa

Il decreto Sanità

Resta il nodo coperture:
poche risorse nuove,
si usano fondi già stanziati

Se le prestazioni sanitarie non vengono erogate nei tempi previsti, le Asl le devono garantire in intramoenia o attraverso il privato accreditato. Lo prevede un decreto legge approvato dal Cdm. «Se un paziente deve ottenere una risonanza entro 72 ore l'avrà dove è possibile. A pagare sarà il Ssn», conferma il ministro della Salute Orazio Schillaci. Da sciogliere il nodo coperture. **Marzio Bartoloni** — a pag. 2

Liste d'attesa, se c'è la fila il Ssn paga le cure dal privato

Il decreto. Per le misure l'incognita coperture: poche risorse nuove e si attinge a fondi già stanziati Dal 2025 addio al tetto di spesa sulle assunzioni, pronti 250 milioni per la flat tax sugli straordinari

Marzio Bartoloni

Nel piano per abbattere le liste d'attesa - il nemico numero uno degli italiani che bussano al Ssn - c'è una piccola rivoluzione, ma anche tante incognite: la più grande di tutte è quella delle coperture. A cominciare dalla misura simbolo contenuta nel mini decreto legge (7 articoli) varato ieri tra più di una polemica dal Governo insieme a un disegno di legge (uno spacchettamento necessario proprio per rinviare il nodo dei fondi): a spiegarla ieri è stata lo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci assicurando che per i cittadini «scontenti» di aspettare per farsi

curare l'Asl «dovrà garantire» la stessa prestazione dal privato accreditato (teoricamente anche non convenzionato) con tariffe concordate o in intramoenia (la libera professione dei medici nello stesso ospedale), con il cittadino che dovrà pagare solo il ticket (se non è esente). «Se un paziente deve ottenere una risonanza entro 72 ore l'avrà dove è possibile e a pagare sarà il Ssn», conferma Schillaci.

Ma come sarà finanziato questo meccanismo «salta code» che richiama una norma finora disapplicata (legge 124/1998) ma meno vincolante? La bozza del decreto prevede innanzitutto che sarà un prov-

vedimento attuativo con le Regioni a definire modalità e dettagli entro 60 giorni, ma intanto non vengono aggiunte risorse nuove per finanziarlo, attingendo a due commi dell'ultima manovra che prevede di



poter usare lo 0,4% del finanziamento del Ssn (oltre 500 milioni) per le liste d'attesa e aumenta di 123 milioni il tetto di acquisti dal privato nel 2024, 370 milioni nel 2025 e quasi 500 milioni dal 2026 (nel Ddl ci sono poi nuovi aumenti). Saranno sufficienti per venire incontro alla domanda insoddisfatta di cure che convince 3 milioni di italiani a non curarsi per colpa di liste d'attesa troppo lunghe? Per la premier Giorgia Meloni sì: «Le regioni non potranno più chiudere le liste di attesa e dovranno organizzarsi per rispettare queste tempistiche», ha spiegato ieri. «I cittadini pagheranno solo il ticket e la differenza in termini di costo che dovranno sostenere le Regioni sarà coperta dalle risorse che lo Stato ha stanziato in legge di bilancio proprio per l'abbattimento delle liste di attesa», che ammontano, ha ricordato Meloni, a «oltre 500 milioni». Parole sulle quali insorgono le opposizioni che parlano (come la segreteria Pd Elly Schlein) di «norma fuffa a quattro giorni dal voto» e di «scaricabarile» sulle Regioni oltre che su manager

Asl e medici. Critici anche parte dei governatori che denunciano «l'intervento di facciata senza risorse».

In realtà il decreto stanziava risorse fresche - quasi 250 milioni - per defiscalizzare gli straordinari di medici e infermieri con una flat tax al 15% e incentivarli così a lavorare di più per le liste d'attesa, anche perché il Dl prevede la possibilità di fare visite ed esami anche sabato e domenica con orario prolungato.

Nasce poi un Cup unico regionale o infraregionale con tutte le prestazioni disponibili del pubblico e dei privati convenzionati. Scatta il divieto di sospendere o chiudere le agende delle prenotazioni, mentre un sistema di "recall" eviterà il fenomeno delle prestazioni prenotate e non effettuate perché il paziente non si presenta (chi da "buca" pagherà lo stesso il ticket). In ogni ospedale le ore di intramoenia non dovranno superare l'attività ordinaria. Sale la spesa per assumere: il 15% dell'incremento del Fondo sanitario rispetto all'anno precedente, mentre il tetto di spesa dal 2025 viene abolito: al suo posto il fabbi-

sogno standard di personale. Il decreto prevede anche un piano d'azione da 600 milioni (a valere sui fondi di coesione) per rafforzare i servizi sanitari nelle 7 regioni del Sud destinatarie del Programma Equità nella Salute 2021-2027.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Meloni: «Le Regioni non potranno più chiudere le liste d'attesa, dovranno organizzarsi. Le risorse nell'ultima manovra»
Schlein: «Norma fuffa a quattro giorni dal voto». Anche le Regioni critiche: intervento di facciata senza risorse

Le novità

1

IL SALTA CODA

Se c'è fila, dai privati o in intramoenia

Se le prestazioni non vengono erogate nei tempi previsti dalle classi di priorità, le aziende sanitarie garantiscono al cittadino la prestazione in intramoenia o attraverso il privato accreditato. Il cittadino pagherà solo il ticket se già dovuto. Visite ed esami potranno essere erogati anche il sabato e la domenica, prolungando la fascia oraria. Per evitare abusi dell'attività in intramoenia le ore di attività libero professionale dei medici non dovranno eccedere quelle dell'attività ordinaria. Il direttore generale dell'Asl verificherà il rispetto fino alla sospensione dell'intramoenia

2

IL MONITORAGGIO

Code in tempo reale sulla piattaforma

Nasce presso l'Agenas la Piattaforma nazionale per le liste d'attesa. L'obiettivo è disporre per la prima volta di un monitoraggio in tempo reale dei tempi di erogazione prestazione per prestazione in tutte le Regioni. Viene poi creato l'Ispettorato generale di controllo sull'assistenza sanitaria che è alle dirette dipendenze del ministero della Salute. L'Ispettorato verifica, presso le Asl, il corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani per il recupero delle liste. L'Ispettorato si può avvalere del supporto di Guardia di finanza e Nas

3

LE PRENOTAZIONI

Un solo Cup per cure pubbliche e private

Scatta l'obbligo di un Cup (il Centro prenotazioni) unico regionale o infraregionale con tutte le prestazioni disponibili del pubblico e del privato convenzionato (oggi è presente in poche Regioni). Divieto per gli ospedali di sospendere o chiudere le attività di prenotazione (agende). Il Cup attiva un sistema di recall al cittadino per evitare il fenomeno delle prestazioni prenotate e non effettuate (accade nel 20% dei casi). Il cittadino che non effettua la visita o l'esame prenotato senza preavviso, dovrà pagare ugualmente il ticket

4

LE ASSUNZIONI

Straordinari in flat tax e addio al tetto

Già nel 2024 si allenta il tetto di spesa sulle assunzioni del personale mentre dal 2025 viene abolito e sostituito da un altro meccanismo legato alla programmazione delle Asl sulla base di un fabbisogno standard di personale sanitario. Prevista anche una flat tax al 15% sugli straordinari di medici e infermieri (oggi il fisco preleva oltre il 40%). Nel disegno di legge viene aumentata la quota del fondo sanitario che le Regioni possono usare per l'acquisto di prestazioni da privato convenzionato rispetto a quanto già previsto dall'ultima manovra.



Nel Ddl gli incentivi per il personale sanitario

Le altre misure

Nel disegno di legge entrano le norme per le quali vanno trovate ancora le coperture

Incentivi in busta paga a medici e infermieri innanzitutto per tagliare le liste d'attesa. Premi e sanzioni anche per i manager degli ospedali che potranno vedersi revocare o non rinnovare l'incarico se faranno aspettare troppo i pazienti nelle liste d'attesa. Ma anche un maggiore coinvolgimento in corsia dei giovani medici che si stanno ancora specializzando fino a un ulteriore rialzo dopo quelli in manovra degli spazi per acquistare prestazioni dal privato (123 milioni in più nel 2025 e altri 123 milioni dal 2026)

Ecco le misure principali traslocate in extremis nel disegno di legge varato ieri in consiglio dei ministri che non sono entrate nel decreto legge (come si voleva in un primo momento) per mancanza di coperture che ora dovranno essere trovate, ma avendo a disposizione i tempi più lunghi che servono per far diventare legge un Ddl.

Tra le misure principali dei 15 articoli di cui è composto il provvedimento c'è appunto la possibilità di aumentare del 20% le tariffe orarie per il personale per i servizi aggiuntivi contro le liste d'attesa. Non solo: le regioni possono destinare risorse aggiuntive per la contrattazione collettiva integrativa privilegiando le specialità mediche più carenti o con condizioni di lavoro più

disagiate (come i medici che lavorano nei pronto soccorso) «nell'ambito delle disponibilità dei propri bilanci». Come detto c'è poi la possibilità per gli specializzandi di incarichi libero professionali fino a 10 ore settimanali (oggi sono fino al massimo a 8 ore). Confermate le misure contro i gettonisti con la possibilità di assumere con contratti di lavoro autonomo. Inoltre le Regioni assegnano obiettivi annuali sulla riduzione delle liste di attesa per la valutazione e la verifica dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali delle aziende. In base al raggiungimento o meno di tali obiettivi sono previsti premi (aumento della retribuzione di risultato non inferiore al 10%), sanzioni (decurtazione del 10% della stessa voce) fino anche alla revoca o al mancato rinnovo dell'incarico. Una misura, quest'ultima, che non piace ai manager di Asl e ospedali: «I nostri contratti prevedono già delle valutazioni sulla base dei

risultati raggiunti, siamo disponibili a riorganizzare l'erogazione delle prestazioni nelle nostre aziende ma non possiamo essere chiamati a rispondere per eventuali mancanze di risorse o professionisti», avverte Giovanni Migliore, presidente di Fiaso. Critici anche i

sindacati dei medici ospedalieri che parlano di una «sola certezza: l'incertezza dei finanziamenti». Per Anaa Assomed e Cimo-Fesmed «ridurre i sempre più lunghi tempi di attesa è un diritto del cittadino e un dovere del Governo, ma occorrono misure strutturali con risorse adeguate e durature nel tempo. È quindi inimmaginabile separare gli interventi organizzativi dai finanziamenti, rinviando questi ultimi ad altri tempi».

Ieri il consiglio dei ministri ha anche approvato una «deliberazione motivata» che autorizza l'adozione dello schema di Dpcm di sospensione del Presidente dell'Agenas per i servizi sanitari regionali (Agenas), Enrico Coscioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allo studio aumenti delle tariffe per medici e infermieri. Premi e sanzioni per i manager di Asl e ospedali
Il Consiglio dei ministri ha deliberato anche la sospensione del presidente dell'Agenas, Enrico Coscioni



IL FRONTE DELLA SANITÀ

Liste di attesa Il bluff del governo

Via libera alla riforma Schillaci, ma non ci sono stanziamenti aggiuntivi
Schlein: "Misure fuffa per prendere in giro i cittadini". Regioni d'accordo

La premier: criminali tra i migranti

di **Michele Bocci**

Misure già previste da anni sbandierate come decisive, moltiplicazione di strutture di controllo e soprattutto zero soldi. Mancano le risorse nel decreto legge-spot elettorale del governo. Nei sette articoli del dl approvato ieri c'è solo la copertura della riduzione della tassazione per i medici che fanno

straordinari. Per il resto la battaglia contro il problema della sanità più sentito dai cittadini si combatte senza nuovi investimenti e con poca fantasia.

● a pagina 3
servizi di **Abbate, Cerami
Colombo, Ricciardi e Ziniti**
● da pagina 2 a pagina 7

Liste d'attesa, taglio solo a parole Il decreto elettorale del governo

Via libera in Consiglio dei ministri alla riforma Schillaci senza che nel testo si parli mai di stanziamenti aggiuntivi
Schlein: misure fuffa per prendere in giro i cittadini alla vigilia del voto, lo dicono anche le Regioni di destra

Sfoggia un grande ottimismo il ministro Orazio Schillaci quando, dopo aver presentato i 7 articoli del decreto legge sulle liste di attesa approvato ieri dal Consiglio dei ministri e i 15 del disegno di legge sullo stesso tema, conclude: «Mi aspetto da subito un cambio di passo, ma ci vuole la piena collaborazione delle Regioni, dei diret-



tori generali Asl, dei medici e di tutti gli altri operatori sanitari». Difficile che quanto previsto cambi qualcosa, non solo subito ma anche più avanti. Del resto non ci sono risorse per aumentare l'offerta (giusto una riduzione di tassazione per gli straordinari dei medici) e ridurre le attese. Oltretutto i soggetti citati da Schillaci – da solo in conferenza stampa mentre Giorgia Meloni ha magnificato il decreto successivamente, con un video – sono piuttosto scocciati.

Per le Regioni, comprese quelle di destra, parla il coordinatore degli assessori alla Sanità, l'emiliano Raffaele Donini. Protestano per non essere state consultate sul dl: «Ci si risparmi almeno l'imbarazzo di dover smentire ogni riferimento alla concertazione con noi. Ci riuniremo e faremo pervenire le nostre proposte, unanimi, di modifica del decreto». Ma anche la gran parte dei sindacati medici non ha gradito («Volete abbattere le liste d'attesa partendo dal presupposto che i responsabili siano medici e dirigenti sanitari è inaccettabile», dicono gli ospedalieri di Cimo e Anaao).

Si racconta che lo stesso Schillaci sperasse di approvare un decreto, da lui più volte annunciato, dotato di un po' di risorse. Quando il Mef ha detto no, al ministero alla Salute avrebbero preferito fare un disegno di legge ma la premier avrebbe imposto di presentare comunque un dl prima delle Europee. E così i testi sono due.

Per il ddl, che tra l'altro prevede l'au-

mento del tetto di spesa per i privati convenzionati, ci vorrà molto tempo, ammesso che si arrivi davvero in fondo. Comunque si andrà in Parlamento, dove l'opposizione già si è scatenata. «Sono felice che ancora prima del voto, la nostra campagna sulla sanità pubblica abbia già ottenuto un primo risultato, costringere il governo ad ammettere che avevamo ragione noi e cioè che non ci sono risorse sufficienti per abbattere le liste di attesa», dice la segretaria Pd Ely Schlein: «Lo abbiamo ribattezzato "decreto fuffa". È una presa in giro dei cittadini a 5 giorni dal voto. Lo dicono le Regioni della destra e gli esperti». I Cinquestelle delle commissioni Affari sociali di Camera e Senato commentano: «La montagna ha partorito un topolino. Il decreto è estremamente deludente, privo di risorse e di urgenza, unospot elettorale».

– mi.bo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

***È stata la premier
a volere a tutti
i costi un dl prima
delle europee***



Marina Sereni, responsabile salute della segreteria del Pd

“Senza assunzioni nulla cambierà così illudono chi non riesce a curarsi”

di Gabriella Cerami

ROMA – «È un provvedimento inconsistente. Vuoto nella sostanza». Marina Sereni, responsabile salute e sanità nella segreteria Pd, boccia il decreto legge approvato ieri dal Consiglio dei ministri sulle liste d'attesa.

Sereni, come segreteria del partito vi siete confrontati con i vostri governatori?

«Le Regioni sono state convocate il giorno prima dell'approvazione ma non è stato dato loro un testo. Se c'è un'emergenza che riguarda le liste d'attese e l'organizzazione dei servizi sanitari, ma non si coinvolgono le Regioni si parte già in maniera sbagliata».

Sono stati stimati 250 milioni per ridurre le tasse al 15% per i camici bianchi che fanno intramania. Il ministro Schillaci ha garantito la copertura. Sono comunque insufficienti?

«Dopo aver fatto immaginare che ci fossero almeno alcune centinaia di milioni aggiuntivi, ora scopriamo che non c'è un euro in più. Si fa

riferimento ai fondi, già insufficienti, della legge di Bilancio. Le misure che si identificano come risolutive dovrebbero, per il governo, realizzarsi senza risorse e senza personale in più».

Come Pd quale sarebbe stata la vostra proposta?

«C'è bisogno di assunzioni di medici, infermieri e tecnici. Noi ci abbiamo provato con la legge Schlein proponendo di arrivare in cinque anni al 7,5% di spesa sanitaria sul Pil, che è la media europea, e di sbloccare le assunzioni eliminando il tetto di spesa per il personale».

E invece il governo cosa ha fatto?

«Per il governo la sanità pubblica non è una priorità. Se lo fosse dovrebbe rivedere le sue scelte in materia fiscale. Lo scorso anno l'Italia ha impiegato quattro miliardi di euro per accorpate, per un anno, due aliquote Irpef. Ma se costringiamo un lavoratore dipendente o un pensionato a spendere soldi per curarsi forse non era quella la priorità giusta. E poi il personale non ce la fa più».

Il governo vuol premiare i medici

che riducono le liste d'attesa diminuendo le tasse. Troppo poco?

«Dire che noi possiamo tenere aperti gli ambulatori di sabato e domenica senza personale e senza soldi è una grande presa in giro».

Vede un legame con le elezioni europee?

«È indegno fare un decreto fuffa quattro giorni prima del voto, un'offesa per chi oggi soffre e non riesce a curarsi, per chi è in attesa di analisi o interventi importanti».

La destra spende quattro miliardi per accorpate due aliquote Irpef e poi costringe i pensionati a pagare per andare dal medico

— ” —



IN PARLAMENTO
MARINA SERENI,
DEPUTATA DAL
2001 AL 2022



«Ai pazienti esami entro i tempi e straordinari detassati ai sanitari»

Il ministro Schillaci sulla norma taglia-liste d'attesa: il Mef? Ha fatto quadrare i conti

di **Margherita De Bac**

«**M**ai temuto di non farcela. La premier Meloni ha sempre voluto fortemente questa riforma. L'ho avuta al mio fianco», dice, stanco, il ministro della Salute Orazio Schillaci, a poche ore dall'approvazione in Consiglio dei ministri del provvedimento che riorganizza il sistema delle liste di attesa. Giorni intensi, riunioni fiume con il ministero dell'Economia. Davanti a lui, colorati con l'evidenziatore, gli articoli frutto della «serrata» trattativa con i tecnici di Giorgetti. Fino all'ultimo ci sono state modifiche, aggiunte, commi spostati.

L'opposizione vi accusa di aver rinviato buona parte delle misure, perché non ci sono i fondi. Cosa risponde?

«Il Mef ha fatto il suo lavoro: far quadrare i conti. È stata dura e alla fine abbiamo ottenuto tutto ciò che volevamo per una sanità più veloce nel

rispondere ai bisogni dei pazienti».

Vale a dire?

«I cittadini potranno ottenere visite e esami diagnostici entro i tempi previsti in base all'urgenza. Se la prestazione non sarà disponibile in un centro pubblico, la riceveranno in una struttura convenzionata o giovandosi, col solo pagamento di ticket, della libera professione del medico in regime di *intra moenia* (all'interno dell'ospedale ndr)».

Tanti governi hanno provato a eliminare le code. Cosa cambierà davvero?

«Cambia che stavolta ci saranno controlli stringenti. Premieremo i direttori generali e sanitari delle aziende che garantiranno efficienza e sanzioneremo le negligenze».

Quali gli altri punti qualificanti del decreto?

«Ambulatori aperti il fine settimana, volendo anche con orario prolungato».

Gli operatori sanitari saranno invogliati a coprire turni extra?

«Per gli straordinari riceveranno compensi tassati al 15%. Nella prossima legge di Bilancio sarà inserita la defiscaliz-

zazione di una parte delle indennità».

Medici e infermieri bastano per far funzionare questa macchina?

«Abbiamo ottenuto, per il 2024, l'aumento del tetto di spesa per le assunzioni dal 10 al 15% e, dal 2025, la sua abolizione».

Anche il sistema delle prenotazioni fa acqua.

«Il decreto obbliga le Regioni a dotarsi di centri unici di prenotazione, i Cup, che raccolgono le disponibilità di ospedali pubblici e privati così da ampliare le possibilità. Basta con le agende chiuse o con indegni galleggiamenti».

Che significa?

«Spesso chi chiama si sente rispondere che non è possibile dare un appuntamento, per mancanza di posti liberi nei successivi due mesi. Una scusa per nascondere che in realtà l'attesa sarebbe molto più lunga. Poche Regioni si avvalgono di questo sistema. La Lombardia, il Lazio e forse qualcun'altra al nord».

Verrà creata una piattaforma per il monitoraggio dei tempi di attesa?

«Sì e così sapremo quanto

c'è da attendere e dove sono le criticità. Oggi non abbiamo dati certi. Gli unici si basano sulle testimonianze dei cittadini, raccolte in modo non scientifico. Non nego l'esistenza delle liste d'attesa. Il fenomeno c'è. Manca un'analisi seria delle sue dimensioni».

È stata definita una mini riforma.

«Non è per niente mini. Chi è mai intervenuto in modo così completo e strutturale? Ora sono definiti chiaramente i compiti e soprattutto il cittadino non sarà lasciato solo, per legge».

Quanto pesa il dl in termini di finanziamenti?

«C'è la copertura finanziaria punto per punto, bollinata dal Mef».

Le Regioni dicono di essere state escluse.

«Il decreto è la sintesi di tavoli di lavoro dove sono stati coinvolti tutti. Rispetteremo le loro competenze, certi della collaborazione. Le esorto intanto a spendere i fondi già stanziati per il recupero dei tempi d'attesa accumulati durante la pandemia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tempi di attesa: il monitoraggio

TAC	ENTRO 10 GIORNI			ENTRO 60 GIORNI			ECOGRAFIA ADDOME	ENTRO 10 GIORNI			ENTRO 60 GIORNI		
	Totale prestazioni	Numero prestazioni	Prestazioni garantite (%)	Numero prestazioni	Prestazioni garantite (%)	Totale prestazioni		Numero prestazioni	Prestazioni garantite (%)	Numero prestazioni	Prestazioni garantite (%)		
Emilia-Romagna	3.392	991	89,6	1.983	93,8	Emilia-Romagna	6.744	1.365	90,9	4.929	93,2		
Friuli-Venezia Giulia	1.442	492	34,8	364	67	Friuli-Venezia Giulia	1.209	343	33,2	438	69,6		
Marche	1.607	330	76,4	357	90,8	Marche	1.418	278	71,9	481	88,4		
P. A. Trento	132	27	40,7	41	90,2	P. A. Trento	637	172	86,6	159	86,2		
Piemonte	2.291	420	100	631	87,2	Piemonte	2.108	467	99,6	762	47,8		
Toscana	5.222	994	79,2	893	87	Toscana	4.733	962	68,1	1.664	78,2		
Abruzzo	694	122	99,2	166	98,8	Abruzzo	603	69	97,1	220	97,7		
Campania	254	24	87,5	6	100	Campania	252	11	81,8	7	85,7		
Lazio	137	30	70	54	64,8	Lazio	477	86	29,1	155	33,5		
Sardegna	55	11	100	9	100	Sardegna	148	15	46,7	28	39,3		
Umbria	331	67	97	93	96,8	Umbria	369	153	90,8	16	100		
Veneto	767	190	72,6	128	100	Veneto	728	149	79,2	85	76,5		
TOTALE	16.324	3.698	78,6	4.725	89,4	TOTALE	19.426	4.070	78,4	8.944	83,7		

EROGAZIONE PRIME VISITE (variazioni %, 1 sem. 2023/1 sem. 2019)



Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DIAGNOSTICA STRUMENTALE (variazioni %, 1 sem. 2023/1 sem. 2019)



Corriere della Sera



Che cosa cambia per le prenotazioni E cosa succede in caso di disservizi

Niente agende chiuse, una data a ogni richiesta

1 Quali sono le principali novità del decreto legge per l'abbattimento delle liste di attesa?

Se le prestazioni non vengono erogate nei tempi corrispondenti alle classi di priorità, le Asl devono garantire al cittadino la visita o l'esame diagnostico inviandolo in strutture del privato accreditato o ricorrendo all'attività libero professionale svolta dai medici all'interno dell'ospedale (intra moenia). In più è prevista l'apertura degli ambulatori sabato e domenica.

2 Cosa sono i codici di priorità?

Esistono già e restano immutati. Sono indicati con U (urgenze), attesa massima 72 ore, B (breve) 10 giorni, D (differibili) 30 giorni per visite e 60 per esami, P (programmabili) 120 giorni. I codici vengono riportati dal medico sulle prescrizioni.

3 Come funzionano le prenotazioni?

Non possono essere sospese e ogni cittadino deve ricevere un appuntamento. Vietata la chiusura delle agende.

4 Ci sono multe per chi prenota e non cancella l'appuntamento?

No, ma un sistema richiamerà l'assistito 48 ore prima della data fissata per la con-

ferma o la cancellazione.

5 Cosa altro contiene il decreto?

La creazione di una piattaforma per la raccolta dei dati e di un organismo di verifica e controllo con funzioni di polizia amministrativa e giudiziaria. E anche l'attivazione di un unico Centro di prenotazione in ogni Regione (per la prima volta è un obbligo): i centri convenzionati che non riversano le loro agende nel Cup rischiano la sospensione della convenzione.

6 E per gli operatori sanitari?

Si incrementa la spesa per il personale di un importo complessivo pari al 15% del fondo sanitario rispetto all'anno precedente. Dal 2025 abolizione del tetto.

7 Cosa prevede invece il disegno di legge?

Tra le novità, un registro nazionale delle segnalazioni attivo sul portale del ministero della Salute dove i citta-

dini possono segnalare i disservizi. Misure per incrementare la retribuzione del personale impegnato nella riduzione delle liste di attesa. Le aziende possono affidare incarichi agli specializzandi.

8 Si pone un limite all'ingaggio di gettonisti?

Per frenare il fenomeno le aziende possono assumere con contratti di lavoro autonomo.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'emendamento

Il leghista Borghi alza il tiro: vaccini ai bimbi, stop all'obbligo

Claudio Borghi continua a lanciarsi in avanti. Ieri su X il deputato leghista ha annunciato un emendamento al decreto sanitario approvato ieri per abolire la «legge Lorenzin sugli obblighi vaccinali dei bimbi». Quindi, ha anticipato un'interrogazione sul fatto che al Gruppo Operativo Incursori «pare sia stato impedito di gridare il tradizionale «Decima! alla parata del 2 Giugno». Infine ha ironizzato sulle

polemiche seguite alla sua richiesta di dimissioni di Mattarella: «Il nostro esimio, fantastico, insostituibile, sommo presidente della Repubblica» si sarebbe «trasformato evidentemente nel ruolo lasciato vacante da Bergoglio». Secondo Borghi «se per caso dice qualcosa che non va bene, il nostro presidente non può essere criticato neppure con periodi ipotetici». Dal Pd, Elly

Schlein trova «grave che non sia arrivata una presa di distanza netta da parte della presidente Meloni. La stiamo aspettando».



Regioni in trincea

Sblocca liste d'attesa, ok al decreto: multe per chi non le riduce

ROMA Liste d'attesa, sì al piano. Puniti i manager delle Asl che non riducono i tempi. Il ministro della Salute Schillaci: «Ora le Regioni devono fare la loro parte». A pag. 9

Liste d'attesa, sì al piano Puniti i manager delle Asl che non riducono i tempi

► Il Cdm vara decreto e disegno di legge. Schillaci: «Ora le Regioni devono fare la loro parte». Ma le amministrazioni locali preparano il ricorso alla Consulta

I PROVVEDIMENTI

ROMA «C'è la piena collaborazione con le Regioni, siamo certi che ognuno farà la sua parte per abbattere le liste d'attesa. La sanità italiana non sta morendo, anzi è vista come un punto di riferimento». Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, al termine del Cdm ha presentato in questo modo i due provvedimenti approvati (decreto-legge e disegno di legge) per ridurre le attese a cui sono condannati i cittadini che devono prenotare visite specialistiche o esami. «Ognuno deve fare la sua parte, il ministero, il governo, le regioni e gli operatori sanitari. Così avremo un servizio sanitario migliore per i cittadini» ha aggiunto. Tra i provvedimenti c'è anche il sistema di sanzioni ai dirigenti delle Asl che non riescono ad abbattere le liste di attesa. Il richiamo

alle Regioni non è casuale visto che in queste ore ci sono state tensioni: gli assessori regionali alla Salute hanno sostenuto che il governo ha fatto calare sulle loro teste questi provvedimenti senza consultarli e c'è chi non esclude una impugnativa alla Corte costituzionale perché non sarebbero rispettate le prerogative delle Regioni per la parte che riguarda l'ispettorato di controllo nazionale.

CONFRONTO

Schillaci ha parlato del confronto che c'è stato con il Mef a causa della mancanza di coperture finanziarie (nei provvedimenti non ci sono risorse aggiuntive) che ha convinto il governo a sdoppiare gli strumenti visto che sulla strada rapida del decreto-legge, prevista inizialmente,

non si sarebbe potuto procedere. Schillaci ha garantito: «Con il ministro dell'Economia e Finanze Giancarlo Giorgetti ci sono grande rispetto e collaborazione, abbiamo portato a casa quello che ci siamo prefissati».

ORGANIZZAZIONE

Anche il presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, è intervenuta per spiegare nel dettaglio gli interventi inseriti nei due provvedimenti: «Le Regioni non potranno più chiudere le liste di attesa e dovranno organizzarsi per rispettare queste tempistiche, ma le aiutiamo a fare questo lavoro prevedendo che



possano fare ricorso se non riescono a rispettare i tempi anche alle prestazioni intramoenia, cioè quelle che i medici fanno a livello ambulatoriale nelle strutture pubbliche, e alle strutture private accreditate. I cittadini pagheranno solo il ticket e la differenza in termine di costo che dovranno sostenere le Regioni sarà coperta dalle risorse che lo Stato ha stanziato in legge di bilancio proprio per l'abbattimento delle liste di attesa oltre 500 milioni». Dall'inizio del 2025 saranno anche rivisti i tetti per l'assunzione del personale. Ancora: oltre alle misure per abbattere le liste di attesa «stiamo aumentando i posti a medicina, arriveremo ad avere a disposizione 30mila studenti in più in pochi anni e stiamo lavorando per superare finalmente la lotteria dei test d'ingresso a medicina». Giorgia Meloni ha ricordato, in un video, l'istituzione di un «sistema nazionale di monitoraggio delle liste di attesa Regione per Regione, prestazione

per prestazione, per capire dove sia necessario intervenire e in che modo. Questo è uno strumento fondamentale che incredibilmente non esisteva fino ad oggi, perché evidentemente prima di noi nessuno ci aveva pensato. L'altra novità fondamentale è che rendiamo obbligatorio per legge il meccanismo per cui il medico che fa la prescrizione deve anche indicare la priorità e il tempo massimo di attesa possibile per quella prescrizione».

SCENARI

Uno degli elementi della riforma riguarda un maggiore coinvolgimento dei privati accreditati. Commenta Barbara Cittadini, presidente di Aiop (Associazione italiana ospedalità privata): «La legge di Bilancio traccia la giusta direzione: non facciamo passi indietro». Restano delle perplessità delle Regioni espresse dal presidente della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, Raffaele Donini (assessore in Emilia-Ro-

magna): «Il decreto anti-liste d'attesa è ancora privo di coperture finanziarie e molto astratto. È evidente la volontà di esautorare le Regioni dalla loro funzione di programmazione sanitaria (questo spiega forse il mancato coinvolgimento delle stesse) con meccanismi di direzione, controllo, ispezione da parte del Governo, direttamente nei confronti delle Asl e non delle Regioni. Si passa così dalla retorica dell'autonomia differenziata all'autonomia nell'indifferenziata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SE LE STRUTTURE PUBBLICHE NON CE LA FANNO, CI SI POTRÀ RIVOLGERE ANCHE AI PRIVATI O ALL'INTRAMOENIA

Liste d'attesa

I tempi delle visite per classe di priorità



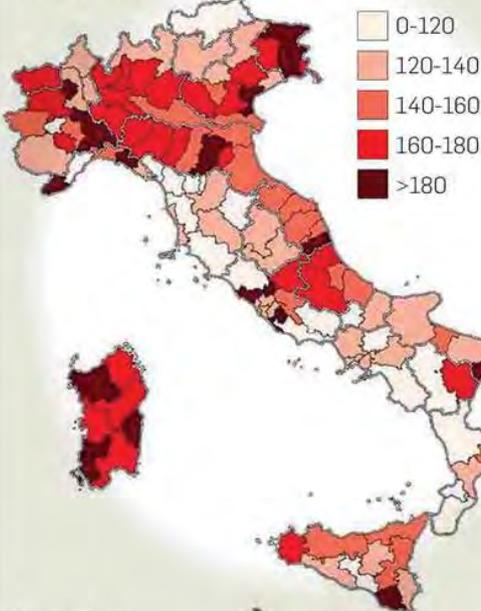
B=breve
D=differibile

	Classe B entro 10 giorni N° giorni	Classe D entro 30 giorni N° giorni	Classe non determinata N° giorni
Prima visita cardiologica	60	85	300
Prima visita chirurgia vascolare	15	83	115
Prima visita endocrinologica	60	159	360
Prima visita ortopedica	42	-	60
Mammografia	150	-	100
Colonscopia totale	120	-	365
Elettrocardiogramma	>10	85	120
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	>10	60	12

FONTE: Rapporto Civico sulla Salute 2023 di Cittadinanzattiva

I MINUTI D'ATTESA

Il tempo medio di permanenza in PS con codice verde



Fonte: Agenas

Withub



L'obiettivo: esami rapidi già nel 2025 Ma il nodo è la mancanza di medici

IL FOCUS

ROMA Tra i dirigenti dei sistemi sanitari regionali circola una valutazione: la creazione di un sistema di monitoraggio in tempo reale delle liste di attesa rappresenta l'innovazione più concreta e attivabile. Per le altre misure servirà più tempo perché nei fatti senza le risorse necessarie non si può dare un'accelerazione, a partire dall'apertura degli studi e dei laboratori di sera e nei fine settimana. Esempio: si dice che una Asl, se non riesce a garantire nelle strutture pubbliche nei tempi previsti una visita specialistica o un esame, deve ricorrere, acquistando quella prestazione, al personale interno con la formula intramoenia o al privato accreditato. «Ma se non ci sono i soldi - si chiede il dirigente di una Regione - come si può pensare di farlo?». Il Ministero della Salute fa notare che già erano stati stanziati 500 milioni di euro per le liste di attesa, ma le Regioni ribattono che erano insufficienti e sono comunque già stati esauriti. Altra misura importante, con una svolta molta attesa decisa dal governo, è inserita all'articolo 5 del decreto legge alla voce "tetto

di spesa per le assunzioni". Di fatto, spiegano al Ministero, «s'incrementa la spesa per il personale di un importo complessivo pari al 15 per cento dell'incremento del Fondo sanitario rispetto all'anno precedente. In sostanza, rispetto a oggi il tetto di spesa è meno stringente per il 2024. Dal 2025 viene abolito e sostituito da un altro mecca-

nismo che non è di tipo vincolante ma legato alla programmazione delle aziende sulla base di un fabbisogno standard di personale sanitario». Sulla carta questo provvedimento sarà molto utile per assicurare un aumento della risposta sanitaria, nella pratica andrà a confliggere con un altro problema strutturale della sanità italiana: mancano le figure professionali, non ci sono in alcune specialistiche i medici e non ci sono gli infermieri, tanto è vero che si sta provando ad arruolarli da altri Paesi. Al Ministero dovranno vigilare anche su alcuni effetti collaterali possibili della riforma, spiegano esperti anche di regioni governate dal centrodestra: il sistema prevede che il cittadino abbia diritto alla prestazione nei tempi previsti dalla classificazione di urgenze ribadita dai provvedimenti; dunque se nelle strutture pubbliche non c'è posto, allora si devono acquistare le prestazioni in libera professione o dal privato accreditato.

I PRIVATI

Nel primo caso questo può disincentivare i professionisti interni a garantire straordinari perché potrebbero avere più convenienza al sistema intramoenia. Nel secondo si andrà a rafforzare inevitabilmente la sanità privata accreditata che avrà dunque anche più forza sul mercato del lavoro e potrà assumere medici e infermieri sottraendoli al settore pubblico. Il servizio sanitario nazionale potrà comunque ricorrere anche agli specializzandi. «Fondamentale invece - ricorda un altro esperto di una Regione amministrata dal centrodestra - il provvedimento sul Cup». Che cos'è? Cup significa centro unico di prenotazione e all'articolo 3 del

decreto viene inserito un obbligo: in tutte le Regioni (oggi succede solo in alcune) devono essere disponibili tutte le prestazioni sia del pubblico sia del privato convenzionato. «Per questo - ricordano al Ministero della Salute - si prevede espressamente la nullità del contratto con il privato accreditato che non provveda a inserire le prestazioni nei Cup pubblici».

TEMPI

C'è inoltre il divieto per le aziende sanitarie e ospedaliere «di sospendere o chiudere le attività di prenotazione», mentre il Cup (come per la verità già succede in diverse Regioni) «deve attivare un sistema per richiamare il cittadino e richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata almeno entro due giorni prima dall'erogazione». Domanda: quando si potranno vedere i primi effetti positivi di questa riforma? Nella migliore delle ipotesi nei primi mesi del 2025, al di là delle strategie già messe in campo dalle singole regioni. «Ma senza fondi aggiuntivi - dicono in coro dalle Regioni - non si andrà lontano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PRIMO PASSO È OTTENERE UN VERO QUADRO DEI RITARDI REGIONE PER REGIONE CON UN SISTEMA DI MONITORAGGIO I DIRIGENTI DELLA SANITÀ (ANCHE QUELLI DI CENTRODESTRA) AVVERTONO: PER MIGLIORARE SERVONO PIÙ RISORSE



Liste d'attesa piano senza soldi

Il ministro Schillaci presenta la riforma che punta a ridurre i tempi di visite ed esami e alza il tetto di spesa per il personale
Ma non ci sono fondi aggiuntivi

IL CASO**PAOLO RUSSO**
ROMA

Alla fine il decreto legge taglia liste di attesa approvato ieri dal Governo tanto smilzo non è, perché nei suoi sette articoli contiene le disposizioni più attese.

A cominciare dalla norma "salta coda", che consente di ottenere gratis le prestazioni anche dal privato non convenzionato o dai medici in libera professione quando i tempi di attesa superano i limiti previsti dalla legge. Passando poi alla possibilità di ottenere la sera e nei week end visite e accertamenti diagnostici. Così come finiscono nel decreto tanto l'aumento dal 10 al 15% del tetto di spesa per il personale che la flat tax al 15% per le ore di straordinario dei medici, che da sola vale 250 milioni.

Gli unici che trovano copertura finanziaria nel decreto, che per il resto dice in pratica alle regioni: fate con quello che già abbiamo dato. La sola norma che consente di aggirare le attese troppo lunghe dal privato vale un miliardo, secondo stime della Salute. Ma come è scritto a chiare lettere nel decreto dal-

la disposizione «non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubbli-

ca». Dove si vadano a pescare quei soldi e quelli necessari per pagare il lavoro notturno e nei festivi lo spiega Gorgia Meloni, sui social. «I cittadini pagheranno solo il ticket e la differenza in termini di costo che dovranno sostenere le regioni sarà coperta dalle risorse che lo Stato ha stanziato in legge di bilancio proprio per l'abbattimento delle liste di attesa». «Per il 2022 e il 2023 si tratta di 500 milioni l'anno in parte non ancora spesi», ha chiarito il Ministro della Salute. «Sono soddisfatto - commenta Schillaci al termine del Cdm - abbiano portato a casa quello che volevamo e mi aspetto un cambio di passo da subito». Meno entusiaste sono le Regioni, che il loro disappunto lo avevano già espresso prima dell'approvazione del decreto e che ora si vedono scaricare la patata bollente di doverlo applicare con pochi soldi in cassa. Perché i loro bilanci tinti di rosso documentano che evidentemente quei soldi stanziati per ridurre le liste di attesa sono stati utilizzati per coprire altri buchi. I medici possono invece dirsi soddisfatti a metà, perché se da un lato incassano la detassazione degli straordinari e l'aumento della spesa per assumere personale,

dall'altro dovranno dire addio alla libera professione dentro gli ospedali, quando il numero di visite e prestazioni offerte ai solventi superano quelle erogate in regime Ssn. Confermato, come nelle previsioni, il divieto per Asl e ospedali di chiudere le agende sospendendo così le prenotazioni, mentre i privati dovranno rinunciare al giochino di riservarsi delle prestazioni fuori dai Cup. Trucchetto che fa allungare i tempi di attesa per chi prova a prenotare senza dover pagare e si ritrova dirottato magari verso lo sportello "solventi" di cliniche e privati convenzionati in genere, che perpetuando il giochino rischiano ora di perdere la convenzione.

Salta invece dal decreto e finisce nel disegno di legge, approvato sempre ieri, l'aumento dell'1% l'anno del tetto di spesa per il privato convenzionato, che era stato aumentato già dalla manovra proprio per incrementare l'offerta di prestazioni, contribuendo così a ridurre le liste di attesa.

«Sono felice che ancora prima del voto la nostra campagna sulla sanità pubblica abbia ottenuto un primo risultato, costringere il Governo di Gorgia Meloni ad ammettere che avevamo ragione noi, cioè che non ci sono risorse



sufficienti per abbattere le liste di attesa», commenta con una punta di sarcasmo la segretaria del Pd Elly Schlein.

«Si spinge ancora l'acceleratore sulla privatizzazione della sanità, sia favorendo l'attività libero professionale dei medici, sia innalzando il tetto di spesa del privato convenzionato», commenta

il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, l'emiliano Raffaele Donini. Che preannuncia proposte di modifica «concordate in modo unanime tra le Regioni». Dopo il lungo braccio di ferro con il Mef, la battaglia sul decreto taglia liste di attesa non è ancora finita. —

“

Orazio Schillaci
Abbiamo portato a casa quello che volevamo, mi aspetto un cambio di passo

Faremo in modo che ci siano visite anche di sabato e domenica

Le Regioni critiche: dovranno farsi bastare le risorse già assegnate

250

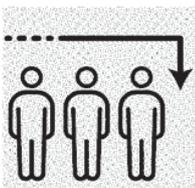
I milioni stanziati per la flat tax al 15% sugli straordinari dei medici

1 miliardo

Il valore, secondo le stime del ministero, della sola norma per ridurre i tempi d'attesa

Dal privato col ticket se l'Asl sfora i tempi

La disposizione che lo stesso Schillaci giudica fondamentale è quella che all'articolo 3 consente, quando i tempi di attesa sono superiori a quelli previsti per legge, di ricorrere ai medici in libera professione dentro gli ospedali o al privato accreditato, ossia anche non convenzionato, «alla tariffa nazionale vigente» specifica il decreto. Tanto per capire: per una Tac al privato non verranno corrisposti i 130 euro di solito richiesti ai solventi, ma i 70 circa che rimborsa oggi lo Stato in regime Ssn. La possibilità di rivolgersi al privato quando il pubblico sfora nei tempi è in realtà già prevista da un decreto del 1998, ma come ha spiegato Schillaci oggi è solo sulla carta perché il cittadino prima deve pagare di tasca propria poi presentare istanza di rimborso, «magari facendosi supportare da un avvocato». Ora invece il diritto dovrà essere assicurato direttamente dai Direttori generali di Asl e ospedali. Come lo stabilirà entro 60 giorni un protocollo intesa Governo-Regioni. PA.RU. —

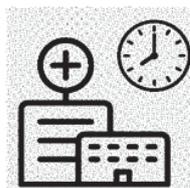


© RIPRODUZIONE RISERVATA

Controlli e analisi la sera e nei festivi

«A fine di garantire il rispetto della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata».

A prevederlo è l'articolo 4 del decreto, che affida ai Direttori generali di Asl e Ospedali il compito di vigilare sull'apertura serale e nei week end di ambulatori e reparti diagnostici. Chi non lo farà andrà incontro a sanzioni, mentre i manager che riusciranno a garantire l'orario lungo conquisteranno un premio in busta paga. Il problema è però sempre quello delle risorse, perché il lavoro nei festivi si paga il doppio mentre lo stesso articolo 4 del Dl specifica che l'attuazione della norma deve avvenire «senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica». PA.RU. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un nuovo sistema farà le verifiche

Per intervenire seriamente sulle liste di attesa serve sapere dove e di quanto si sfiorano i tempi. Ma fino ad oggi tutto è stato demandato a inchieste giornalistiche o a rilevazioni delle associazioni dei pazienti basate sulle loro segnalazioni. Che chiaramente tengono conto solo dei casi limite in negativo. Per questo viene istituita presso l'Agenas una Piattaforma nazionale per le liste di attesa che consentirà di monitorare il fenomeno per poi poter intervenire dove le cose non vanno.



A rafforzare il tutto c'è il neo nato Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito presso il ministero della Salute. Una sorta di ispettorato, che anche su segnalazioni del cittadino potrà controllare le agende di prenotazione, acquisire la documentazione delle aziende sanitarie e delle regioni che avranno l'obbligo di rispondere. Sanzioni per chi non farà rispettare le nuove disposizioni, premi per i più efficienti. PA.RU. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi non si presenta pagherà lo stesso

Se c'è una cosa che non va nella gestione delle liste di attesa è il funzionamento dei Cup unici regionali, che unici in realtà non sono, perché oggi il privato convenzionato o non fornisce loro date o ne fornisce solo una minima parte. Gestire in proprio l'agenda di prenotazione, così come chiuderla del tutto non fornendo date per visite e accertamenti, costerà d'ora in avanti caro ai privati, che rischiano in tal caso di perdere la convenzione con l'Ssn. Ma dovranno anche stare attenti gli assistiti che prenotano una visita o una tac e poi non si presentano. Il Cup li richiamerà due giorni prima per chiedere conferma dell'appuntamento. Chi non si presenta dovrà poi pagare ugualmente il ticket. Il ministero della Salute stima che siano almeno il 20% le prestazioni saltate da chi si prenota e poi scompare, contribuendo così a far allungare per tutti i tempi di attesa. Previsti anche sistemi digitali per il pagamento dei ticket. PA.RU. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA



I medici che mancano per le liste d'attesa

Nino Cartabellotta

I MEDICI CHE MANCANO PER LE LISTE D'ATTESA

NINO CARTABELLOTTA*



Non esiste la giustizia ad orologeria, né tantomeno i decreti ad orologeria. Anche se, maliziosamente, qualcuno ha voluto intravedere un'astrale coincidenza tra la pubblicazione del decreto legge sulle liste di attesa e le imminenti consultazioni europee. Quello che è certo che la bozza costruita dal ministro Schillaci è stata amputata dalla scure del Mef, gemmando due differenti provvedimenti: un decreto legge (dl) ad effetto immediato ed un disegno di legge (ddl) che, dovendo seguire l'iter parlamentare, permetterà di prendere tempo per capire con quali risorse attuare tutte le misure previste.

Quello che è altrettanto certo è che l'emergenza delle liste di attesa rimarrà viva e vegeta ancora per molto tempo, anche se sono state poste le basi per conoscere meglio il fenomeno delle liste di attesa e sono stati previsti numerosi strumenti potenzialmente efficaci per riequilibrare domanda e offerta. Ma per attuare tutte le misure disposte dal combinato dl + ddl serviranno tempo, stretta collaborazione delle Regioni e delle Aziende sanitarie e, soprattutto, risorse economiche. Che non saranno facili da reperire visto che per il 2024 il ministro Giorgetti ha concesso solo 250 milioni di euro per defiscalizzare gli straordinari del personale sanitario, mentre tutte le altre misure che richiedono un impegno economico sono state relegate al ddl, quindi agli anni a venire. Entrando nel merito delle misure introdotte dal dl, indubbiamente la Piattaforma nazionale per le liste d'attesa permetterà di realizzare un monitoraggio rigoroso per le varie prestazioni sanitarie in tutte le Regioni con le stesse modalità. E l'estensione dei Cup regionali alle strutture private accreditate consentirà una maggior trasparenza sull'offerta reale di prestazioni,

oggi di fatto sconosciuta. Anche per evitare che l'intramoenia fagociti le prestazioni a carico del Ssn e che vengano "chiuse" le agende, una pratica peraltro già sanzionata dalla normativa vigente. Sicuramente di buon auspicio il superamento del tetto di

spesa per il personale dal 2025, ma solo la prossima Legge di Bilancio permetterà di scoprire se c'è realmente volontà politica di rilanciare il capitale umano della sanità, oppure se sarà l'ennesima promessa mancata.

Lascia molto perplessi l'estensione delle visite diagnostiche e specialistiche anche al sabato e domenica: se i professionisti sono sempre gli stessi e già costretti a turni massacranti come faranno a erogare le prestazioni anche il sabato e la domenica? E soprattutto come potranno rispettare la direttiva Ue sugli orari di riposo che prevede, oltre alle 11 ore al giorno, almeno un giorno intero (24 ore) di riposo a settimana? La carenza e la demotivazione dei professionisti con relative fughe dalla sanità pubblica sono oggi le criticità maggiori per il Servizio sanitario nazionale (Ssn): quale è il senso di sovraccaricarli ancora di lavoro? Per non parlare delle ulteriori risorse assegnate al privato accreditato che, se puntano ad aumentare l'offerta di prestazioni, inevitabilmente sottraggono fondi al pubblico. Vista la carenza di personale nelle strutture pubbliche perché questi investimenti non vengono destinati all'assunzione di nuovo personale sanitario? Last not but least, ricondurre tutti i problemi del Ssn alle liste di attesa è estremamente riduttivo: si continua a guardare al dito e non alla luna.

Una sorta di "visione prestazionistica" del Ssn dove l'importante è esigere/erogare una prestazione sanitaria in tempi brevi, e non importa se l'erogatore sia pubblico o privato. Perché in fondo quello che abbiamo realmente perduto è la capacità della sanità pubblica di prendere in carico i pazienti, soprattutto quelli cronici, ancor più quelli oncologici. Pazienti che oggi – come novelli Ulisse – sono costretti a peregrinare tra diversi Cup, tra vari ospedali sino a Regioni diverse, nel disperato tentativo di prenotare una visita o un esame diagnostico, attività di cui un tempo si occupava il Ssn seguendo il percorso diagnostico-terapeutico del malato. —

*Presidente Fondazione Gimbe



LA REAZIONE

Opposizione all'attacco: ennesimo imbroglio, un altro spot elettorale

Roma

L'annuncio dell'arrivo del provvedimento nel giorno di chiusura della campagna elettorale. Il gesto della premier Giorgia Meloni, con un provvedimento approvato a pochi giorni dalle Europee apre la strada a numerose polemiche nell'opposizione, per cui il decreto è l'ennesimo spot elettorale. Le critiche più aspre arrivano dal Pd, con la segretaria Elly Schlein per cui nei provvedimenti «non ci sono risorse sufficienti per abbattere le liste di attesa», mentre per Debora Serracchiani «un decreto legge a cinque giorni dal voto è solo fuffa elettorale». Il nodo è sempre quello delle risorse, afferma l'ex ministro della Salute Roberto Speranza, oggi deputato del Pd: «Ogni riforma senza risorse, a quattro giorni dalle elezioni, è pura propaganda». Così come parla di «ennesimo imbroglio» la vicepresidente della Camera dem Anna Ascani. Duro anche il Movimento 5 stelle, con i parlamentari della commissione Affari sociali di Ca-

mera e Senato, per cui «il famoso decreto sulle liste d'attesa approvato dal Cdm è estremamente deludente, privo di risorse e di urgenza, un mero spot elettorale in vista delle Europee». Meloni e Schillaci in Cdm - attaccano - «hanno dovuto chinare il capo davanti a Giorgetti e non hanno garantito le risorse necessarie per impattare davvero sulla situazione». Non fa sconti neppure Iv, con il leader Matteo Renzi che tuona: «Davvero credete che il tema delle liste di attesa nella sanità a quattro giorni voto venga risolto da un governo che per due anni non se ne è occupato?». Il governo va avanti «a colpi di propaganda, gli fa eco Avs.

Alessia Guerrieri

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Sulla salute solo misure-fuffa» L'attacco di Schlein al governo

La segretaria pd insiste su salari e diritto all'aborto: previsioni sul voto? L'asticella porta iella

ROMA «I risultati elettorali? L'asticella porta iella», ha detto ieri Elly Schlein in tour di campagna elettorale in Puglia, garantendo ai cronisti: «Per questo l'asticella non la metto». Su e giù per il tacco dello stivale la segretaria dem ha voluto specificare: «Siamo qui anche per riparare ai nostri errori. Siamo l'unica comunità plurale che discutendo lo può fare» e ovviamente si riferiva al caso Puglia che ha scosso il Pd.

Il dito puntato contro il governo per i problemi della sanità («è un decreto fuffa quello con cui pensano di affrontare le liste d'attesa»), Schlein ha sfoderato un repertorio elettorale improntato alla pace e alla solidarietà chiedendo anche «il riconoscimento dello Stato di Palestina». «L'Europa è nata per la pace», ha detto invocando «uno sforzo politico e diplomatico per far cessare il fuoco, far fermare il massacro di Gaza e liberare gli

ostaggi di Hamas».

Dalla Ue all'aborto, al salario minimo, l'attacco più diretto contro il governo è stato, appunto, quello contro la gestione della sanità pubblica. «Servono risorse sulla sanità pubblica e lo sblocco delle assunzioni, perché se i reparti si svuotano le liste d'attesa si allungano all'infinito». Non ha dubbi la segretaria dem: «Tutte le altre soluzioni sono soluzioni tampone che favoriscono il privato e che continuano nel solco dello smantellamento della sanità pubblica. Se vogliono fare qualcosa di concreto sulla sanità per salvarla, c'è una cosa semplice da fare: votare insieme a noi la proposta di legge che c'è in Parlamento, in discussione, a mia prima firma».

Una giornata lunga, un tema a lei molto caro, l'aborto: «Siamo per un'Europa femminista che difende i diritti delle donne a partire dalle scelte sul proprio corpo. Non ce ne facciamo niente di una

presidente del Consiglio donna ma che fa entrare gli antiabortisti nei consultori per fare pressioni violente sulle donne che vogliono accedere ai servizi per l'interruzione di gravidanza».

Con Giorgia Meloni il duello è andato avanti a lungo e Schlein non ha fatto sconti, partendo da quando Meloni è andata a Madrid ospite di Vox. «Davanti ai militanti ha affermato che la sinistra cancella l'identità: non so cosa intendesse. Ma io sono orgogliosa della nostra identità antifascista, che è nella nostra Costituzione».

Un altro cavallo di battaglia della segretaria: il salario minimo. «Se c'è un Paese che ha bisogno di una legge sul salario minimo come quella che stiamo proponendo con una legge di iniziativa popolare è l'Italia. Lo dice un dato, questo è l'unico Paese europeo in cui i salari reali non solo non sono aumentati dal 1990, ma

sono addirittura diminuiti. Quindi, se c'è un Paese che ha bisogno di dire che sotto i nove euro l'ora non è lavoro ma è sfruttamento questo è l'Italia».

Da Bari a Trinitapoli, Barletta, Schlein ha invocato «un'Europa solidale, ma solidale veramente» che possa aiutare l'Italia contro «le destre nazionaliste alleate di Meloni e Salvini che portavano il cartello "Non un euro per l'Italia"». Per questo serve «un'Europa solidale in cui ogni Paese europeo faccia la propria parte sull'accoglienza e dobbiamo andare dagli alleati nazionalisti di Meloni come l'ungherese Orbán, che hanno preso i fondi europei ma hanno scaricato le persone».

Alessandra Arachi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'identità

La replica a Meloni: noi cancelliamo l'identità? La nostra è antifascista e ne sono orgogliosa



Editoriale

Terzo settore e approccio di comunità

GIOCO DI SQUADRA PER LA SANITÀ

LEONARDO BECCHETTI

Si parla tanto, e in molti casi purtroppo giustamente, di sanità alla deriva, ma si fa fatica a capire in profondità cosa stia accadendo e quali siano le strategie più efficaci per provare a rispondere a un problema enorme. Ciò che stiamo vivendo oggi - e continueremo a vivere presumibilmente domani - è in realtà frutto di una buona e di una cattiva notizia. La buona notizia è che il progresso medico-scientifico sta vivendo un'ulteriore fase di accelerazione: se con la rete era cresciuta la velocità di circolazione delle conoscenze, con l'avvento dell'intelligenza artificiale c'è un salto in avanti nella velocità di rielaborazione delle stesse. La cattiva notizia è che tale dinamica, paradossalmente, si risolverà a breve in un aumento della domanda economica di cure: il progresso medico in moltissimi casi trasforma malattie mortali in croniche e aumenta non solo l'aspettativa di vita *tout court*, ma anche quella "non in buona salute" e, con essa, il fabbisogno di spesa sanitaria. Per affrontare questa nuova situazione, in Italia come in altri Paesi, c'è sempre più consapevolezza della necessità in ambito di sanità di una rivoluzione di squadra e di processo dove il pubblico, il privato *profit* e il privato *not for profit* uniscono le forze in un sistema di azione integrato che si avvale di una co-programmazione condivisa. In

Italia il principio della "superiorità" della co-programmazione è stato sancito dalla sentenza n. 131 della Corte Costituzionale in virtù della complementarità delle forze e della capacità del Terzo settore e dei portatori d'interesse locali di essere più prossimi, più informati e più capaci di intervenire per risolvere i problemi. Ma anche nel Regno, Unito ad esempio, proprio nel settore della sanità, il modello degli *Integrated Care Services* che mette assieme strutture pubbliche e azione di imprese e comunità locali viene sperimentato e comincia a diffondersi con una trentina di esperienze in diverse aree del Paese. Il valore del mix tra i diversi attori emerge dalla differenza di compiti e di competenze e dai vantaggi comparati. Si va delineando un sistema dove il pubblico garantisce l'accesso universale in caso di acuzie (il codice rosso del pronto soccorso), ma non ha le risorse per seguire tutti i pazienti nella fase successiva, in cui si avvale del concorso del privato convenzionato. A questo punto si apre un doppio canale, dove il servizio a pagamento per gli abbienti sussidia la prestazione gratuita convenzionata per i meno abbienti. Il Terzo settore gioca un ruolo importante in questo sistema come modello di governance in tutti quegli enti che si dedicano ad attività ad alta intensità di lavoro professionale e relazionale con un vantaggio comparato (assistenza domiciliare, cure palliative). È proprio il settore delle cure palliative a darci un'idea

della portata nuova dei problemi e dell'importanza del mix degli attori dedicati. Si stima attualmente che circa 500mila pazienti l'anno in Italia abbiano bisogno di cure palliative e che il 66% circa delle organizzazioni siano enti del Terzo settore. Con questo mix, oggi, si fa il possibile sapendo che purtroppo non basta. Molti italiani sono costretti di fatto a rinunciare alle cure nella fase post-acuzie per le lunghissime file d'attesa nel pubblico. Trovare un posto letto in ospedale è difficile, e questo intasa i pronto soccorso. Appena una persona su tre riceve le cure palliative e solo sei Regioni, tutte del Centro-Nord, hanno attivato la procedura di accreditamento dei centri in grado di erogare il servizio. In un Paese in profonda crisi demografica come il nostro, dove circa un terzo delle persone è single e la quota di anziani ampia e in aumento, per coprire con qualità il crescente fabbisogno è necessario anzitutto passare dalla logica prestazionale a quella di prossimità e di presa in carico, ovvero da un approccio istituzionale a uno di comunità. Il valore centrale diventa dunque quello della relazione, dell'attivazione e della distribuzione della cura.

continua a pagina 24

GIOCO DI SQUADRA PER LA SANITÀ

È questo uno dei motivi fondamentali per cui il Terzo settore, per la sua capacità di attivare motivazioni intrinseche e lavoro volontario, ha e continuerà ad avere un ruolo fondamentale. La filosofa Jennifer Nedelsky ricorda che quando ci incontriamo dovremmo domandarci non solo "che lavoro fai", ma anche "di chi ti prendi cura". Gli studi sulla soddisfazione e ricchezza di senso di vita ci dicono che significato, generatività e

qualità della vita di relazioni sono fondamentali per il benessere soggettivo, per la longevità e per la stessa prevenzione di patologie e cronicità. Un sistema che attiva relazioni di cura in modo diffuso non fa bene solo ai "malati" ma anche ai cosiddetti "sani" e a chi si fa carico del problema. Il nuovo approccio dei sistemi sanitari integrati dove i diversi attori (pubblico, privato, Terzo settore) co-programmano gli interventi attivando comunità, partecipazio-

ne e relazioni ha ambizione e possibilità di incidere significativamente su entrambi i fattori, con indubbi impatti positivi sugli anni di vita felici.

Leonardo Becchetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



4 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Liste d'attesa/ Schillaci spiega il Piano e alle Regioni dice: ciascuno faccia la sua parte. Dal Mef 250 milioni per defiscalizzare le ore in più

di Barbara Gobbi

PDF

[Il dl recante Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie](#)

PDF

[Ddl recante Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria](#)

«Le due principali novità sono la possibilità per i cittadini di usufruire delle prestazioni nel privato convenzionato o presso la libera professione di cui necessitano se nel Ssn non possono averle nei tempi previsti e in ambito Ssn. E l'abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario, che esiste da 20 anni e che nessuno ha mai cancellato, a partire da gennaio 2025 ma con la possibilità per le Regioni di innalzarlo dal 10% attuale al 15% già nel 2024». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci nel presentare il decreto legge per la riduzione delle liste d'attesa licenziato dal Consiglio dei ministri, insieme a un più ampio disegno di legge in 15 articoli. In particolare, l'abolizione dal 2025 del tetto sul personale coinciderà con la piena applicazione delle nuove



regole sulla valutazione puntuale del fabbisogno di personale. «Si dà mandato al direttore generale dell'azienda di verificare che i tempi siano rispettati. Attiviamo un sistema di monitoraggio con un organismo di verifica e controllo che dipende dal ministero della Salute», e che ha la finalità in particolare di effettuare dei check, ha detto Schillaci. Che con il decreto legge dà il via anche a un «Cup regionale o interregionale unico dove confluiranno anche le agende del privato convenzionato, che dovrà mettere a disposizione le prestazioni e anche con questo avremo una riduzione delle liste». I Cup entro due giorni dalla data in calendario per la prestazione dovranno richiamare i cittadini per la conferma o l'eventuale disdetta. Per le malattie croniche, ha spiegato il ministro, saranno previste agende dedicate. Per Schillaci poi «il ricorso all'intramoenia e ai privati accreditati è cruciale. Non sono più accettabili - ha aggiunto - le liste chiuse». E sull'intramoenia ci sarà una verifica attenta: «non si verificherà più come accade oggi che il singolo medico magari effettui 9 elettrocardiogrammi nel Ssn e 90 in intramoenia», ha affermato il ministro. Potenziata l'offerta di visite diagnostiche e specialistiche anche di sabato e domenica con ampliamento della fascia oraria.

Le risorse fresche in campo. «La defiscalizzazione al 15% delle prestazioni in più erogate dai professionisti sanitari per abbattere le liste d'attesa è stata stimata in circa 250 milioni di euro e su questo ovviamente ci sarà la copertura», ha annunciato il ministro della Salute. «Il punto cruciale in ogni caso è quello delle prestazioni - ha avvisato -: ricordo sommessamente che il governo precedente e quello attuale hanno stanziato nel 2022 e nel 2023 ben 500 milioni l'anno alle Regioni, che in parte non sono stati spesi e anzi i risultati del monitoraggio su quante risorse siano state impiegate li avremo a fine giugno». A chi gli ricordava i malumori delle Regioni che denunciano uno scarso coinvolgimento nei provvedimenti, «ci vuole la piena collaborazione di tutti, delle regioni, dei manager, dei direttori sanitari e dei medici. Invito ciascuno a fare la propria parte: mi interessa che da questo decreto escano soddisfatti i cittadini e non altri», ha chiosato il ministro.

I contenuti del disegno di legge. Il ddl invece «presenta altre norme che metteranno ordine al sistema di gestione delle liste d'attesa», ha annunciato Schillaci. Nel primo articolo compaiono sono disposizioni in materia di prescrizione, con l'assegnazione di classi di priorità alle quali corrisponde una diversa tempistica massima di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte del medico prescrittore sulla base del sospetto diagnostico; il secondo prevede l'istituzione e funzionamento del Sistema nazionale di governo delle liste d'attesa presso il ministero della Salute, governato da una Cabina di regia; il terzo istituisce un registro delle segnalazioni dentro l'Osservatorio liste d'attesa: i cittadini potranno segnalare problematiche e disservizi in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie. L'articolo 4 prevede di poter destinare alle contrattazioni integrative in ambito regionale

risorse in più per riconoscere al personale un trattamento economico differenziato che tenga conto anche della specializzazione medica per la dirigenza e della tipologia di attività o della carenza di personale in alcune branche specialistiche. L'art 5 prevede un incremento della tariffa oraria dei summaisti fino a 100 euro; il 6 conferimento di incarichi libero-professionali agli specializzandi fino a un massimo di 10 ore; in più per contrastare il fenomeno dei gettonisti «che abbiamo combattuto fin dai primi giorni di governo», ha precisato Schillaci, si potrà reclutare personale anche con forme di lavoro autonomo. All'articolo 8 le prescrizioni sui privati accreditati con l'innalzamento della soglia di acquisto delle prestazioni di un ulteriore 1% per il 2024, il 2025 e il 2026. L'articolo 9 si occupa di regolare il ruolo delle università.

All'articolo 10 si amplia ulteriormente la “farmacia dei servizi”, con la possibilità di effettuare vaccinazioni e test per rilevare le infezioni batteriche «anche per contrastare l'antibiotico-resistenza», ha detto Schillaci, e ci sarà la possibilità di impiego della telemedicina. L'articolo 11 è sulla riorganizzazione della rete dei laboratori del Ssn e «questa norma incide sulle strutture sanitarie private che si possono coinvolgere e federare per erogare prestazioni di specialistica ambulatoriale utilizzando anch'esse la telemedicina». L'articolo 12 detta le misure premiali e sanzionatorie: riguarda regioni, direttori generali, sanitari e amministrativi e di Uoc, in relazione ai risultati che otterranno rispetto alla riduzione dei tempi di attesa. «Questo porta anche a inserire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sanitarie nei Lea - ha annunciato Schillaci - : sarà uno dei criteri sulla base dei quali attribuire alle Regioni forme premiali sulle risorse ordinarie già previste per il Ssn». I premi saranno non inferiori al 10% mentre chi non raggiunge l'obiettivo potrà avere una decurtazione della retribuzione di risultati pari al 10%.

L'addendum sulla psichiatria. L'“appendice del Ddl” riguarda la psichiatria, con l'art. 13 che destina 60 milioni (in un triennio) ai Dipartimenti salute mentale; l'istituzione della Scuola nazionale di alta formazione sanitaria e, all'art 15, la semplificazione delle norme sull'approvazione dei bilanci degli ordini professionali sanitari, di rilievo specialmente per quelli con un gran numero di iscritti come Roma, Milano e Napoli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Liste d'attesa, il Cdm approva il 'pacchetto' governance e soldi a personale. Arruolati privati, specializzandi, farmacie, medici famiglia

di Radiocor Plus

Un decreto legge in 7 articoli, di governance, e un disegno di legge che con i suoi 14 articoli punta su incentivi al personale, premialità e sanzioni. È il 'pacchetto liste d'attesa' licenziato dal Consiglio dei ministri, annunciato da mesi dal ministro della Salute

Orazio Schillaci e dalla presidente del Consiglio Giorgia Meloni, impegnata a portare a casa il risultato prima delle elezioni europee dell'8-9 giugno. I due provvedimenti, il primo più di carattere regolamentare e il secondo contenente misure di spesa, sono stati revisionati e limati fino all'ultimo in una continua interlocuzione con il Mef sulle risorse disponibili. Per il personale Ssn infatti le ultime bozze circolanti prevedono un aumento della tariffa oraria fino al 20% e l'introduzione di una 'flat tax' del 15%. In campo anche gli specialisti ambulatoriali interni: 100 milioni a valere sul Fondo sanitario nazionale consentiranno di aumentare a 100 euro la tariffa oraria per attività dedicate a smaltire le attese, mentre gli specializzandi potranno assumere fino a 10 ore alla settimana (dalle 8 attuali) di incarichi libero professionali. Per arginare il fenomeno dei 'gettonisti', poi, le aziende possono assumere personale con contratti di lavoro autonomo. Quanto ai



privati accreditati, a cui già l'ultima legge di bilancio ha innalzato il tetto di spesa per prestazioni mirate ad assorbire le liste, è previsto un ulteriore allentamento dell'1%. Condizione per mantenere l'accreditamento con il Ssn sarà la piena integrazione delle agende di prenotazione, da parte dei privati convenzionati, con i Cup unici che ogni regione dovrà istituire e che offriranno prestazioni anche di sabato e domenica.

Scattano le quote premiali per le Regioni che rispettano gli obiettivi di riduzione delle liste, mentre i direttori generali di Asl e ospedali riceveranno incrementi o al contrario decurtazioni del 10% della retribuzione di risultato sulla base del raggiungimento o meno degli obiettivi. Infine, anche in farmacia si potranno svolgere alcune prestazioni come analisi del sangue e tamponi mentre andrà attivata la diagnostica di primo livello negli studi dei medici di famiglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Liste d'attesa/ Cittadini (Aiop): “La legge di Bilancio traccia la giusta direzione, non fare passi indietro”

“La Legge di Bilancio 2024 ha rideterminato il tetto di spesa per l’acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture di diritto privato, rispondendo, innanzitutto, alla reale esigenza di salute dei cittadini. Oggi, però, e con riferimento all’anno in corso, quella misura rischia di essere vanificata o fortemente compromessa”. Barbara Cittadini, presidente nazionale AIOP, commenta così lo schema di decreto-legge sulle liste d’attesa all’ordine del giorno del Consiglio dei ministri.

“Infatti, l’indicazione contenuta nell’ultima bozza dello schema del DL Liste d’attesa – precisa la presidente – è quella di destinare prioritariamente le risorse incrementalі riferite al 2024 alle strutture accreditate dotate di pronto soccorso ed afferenti alle reti tempo-dipendenti, per prestazioni con codice di priorità rosso o arancio. Prestazioni che, come è giusto e normale che sia, già ricevono una risposta puntuale dal nostro SSN e che dovrebbero essere escluse dal tetto, poiché non può esserci limite di spesa quando si parla di salvare delle vite. In questo modo, invece, queste prestazioni restano, ingiustamente, soggette al vincolo di Spending Review e vengono, altresì, penalizzate, ingiustificatamente, il 90% delle strutture di diritto privato che, pur non essendo dotate di pronto soccorso, rispondono



in maniera efficace, efficiente e tempestiva alla domanda di salute della popolazione. La nostra componente era, ed è pronta, a dare il proprio contributo per erogare più prestazioni a tutela del diritto alla salute dei cittadini, ma per farlo dobbiamo avere tutti, politica compresa, una visione sul futuro anziché riproporre i vecchi schemi del passato che, evidentemente, non hanno funzionato. Aspettando di leggere l'articolato del decreto, chiediamo, quindi, al Governo – conclude Barbara Cittadini – di preservare la ratio della misura inserita in Legge di Bilancio, consentendo alle strutture ambulatoriali ed a quelle di ricovero del territorio nazionale di contribuire, con le proprie potenzialità, all'erogazione della totalità delle prestazioni riconosciute quali livelli essenziali di assistenza”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Liste d'attesa/ Anaaò e Cimo: ancora un provvedimento che ricade su medici e dirigenti sanitari

“Volere abbattere le liste d'attesa partendo dal presupposto che i responsabili vadano individuati nei medici e dirigenti sanitari è inaccettabile oltre che falso. E rispediamo al mittente metodi d'altri tempi e di altri Paesi, con i quali realizzare addirittura la 'stretta' sui volumi di attività, come se già non fossero previsti e attuati controlli in merito. È un'offesa alla nostra professionalità che rigettiamo”. Lo dicono Pierino De Silverio, segretario nazionale del sindacato dei medici e dei dirigenti sanitari italiani Anaaò Assomed, e Guido Quici, presidente nazionale del sindacato Cimo-Fesmed, riferendosi ai provvedimenti varati oggi dal governo.



“Ridurre i sempre più lunghi tempi di attesa è un diritto del cittadino e un dovere del governo, ma occorrono misure strutturali con risorse adeguate e durature nel tempo. È, quindi, inimmaginabile separare gli interventi organizzativi dai finanziamenti, rinviando questi ultimi ad altri tempi”, sottolineano. Inoltre, “non è accettabile chiedere a medici e infermieri di ridurre le liste di attese lavorando anche il sabato e la domenica quando per assicurare, in quei giorni, un minimo turno di servizio, si è già costretti a ricorrere alle prestazioni aggiuntive o a medici a gettone”, fanno notare De Silverio e Quici.

“Di certo l’incremento del 15% della spesa per il personale potrebbe aiutare, ma a condizione che le Regioni utilizzino davvero queste risorse, quando arriveranno. La certezza è una sola: l’incertezza dei finanziamenti - aggiungono -. Ancora una volta i tecnici del Mef assumono un ruolo determinante. Rigorosi quando si tratta di sanità, forse meno attenti quando di parla di finanziare il calcio, o ripianare i debiti Telecom, o per il passato, di finanziare superbonus da oltre 100 miliardi”. “La nostra risposta a provvedimenti punitivi o puramente cosmetici sarà dura - concludono De Silverio e Quici - a partire dal rifiuto di svolgere prestazioni aggiuntive, che ricordiamo essere su base volontaria. Vorrà dire che ci limiteremo a svolgere il lavoro ordinario come definito dal Contratto collettivo nazionale di lavoro”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



4 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Lista d'attesa/ Cittadinanzattiva: “Da Recup integrati al personale, speriamo che sia la svolta”

“Il Decreto sulle liste di attesa appena presentato in Consiglio dei ministri, e che ci riserviamo di leggere con attenzione, riconosce di fatto il carattere di urgenza della questione, anche se lo spacchettamento delle misure in due provvedimenti , un decreto e un disegno di legge, con tempi e modalità di approvazione differenti, rischia di indebolire la portata e la cornice generale di azione”. Lo afferma Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva sottolineando due elementi particolarmente qualificanti: la previsione di integrare finalmente le agende delle strutture pubbliche e private convenzionate nei Recup regionali, richiesta avanzata da anni dalla nostra organizzazione, e il previsto superamento dal 2025 del tetto di spesa per il personale sanitario, sul quale tante voci, compresa la nostra, si sono alzate in questi anni”. “Ottimo inoltre - aggiunge - che per decreto si ribadisca che le agende non possono essere chiuse e che le prestazioni in intramoenia non possono superare quelle pubbliche”.

Cittadinanzattiva evidenzia anche due nodi critici. Quello della modalità con cui i cittadini potranno far ricorso al privato accreditato o all'intramoenia, dietro pagamento del solo ticket, quando vengono superati i tempi di attesa previsti in relazione al codice di urgenza. “Su questo - sottolinea Mandorino



- ci auguriamo ci sia chiarezza nel testo perché ad oggi è un diritto sancito solo sulla carta (già previsto dalla legge 124 del 1998)”.

Altro elemento di incertezza è quello del rispetto dei cosiddetti ambiti territoriali, ossia della possibilità per i cittadini di ottenere visite ed esami vicino alla propria residenza, senza doversi allontanare di chilometri dalla propria abitazione. “Sul tema delle risorse - conclude - ci preme sottolineare che nessuna riforma sostanziale può funzionare senza investimenti adeguati. La nostra proposta è che questi investimenti siano posti a carico del fondo sanitario con vincolo di utilizzo, che impegni cioè le Regioni a rendicontarne l’effettivo utilizzo per l’abbattimento delle liste di attesa”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Agenas, sospeso il presidente Coscioni

IL CASO

ROMA Confermata la sospensione di Enrico Coscioni, presidente di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali): lo ha deciso ieri il Consiglio dei ministri «non essendo stata raggiunta l'intesa in Conferenza Stato-Regioni entro il previsto termine di 30 giorni». Cosa è successo? Coscioni, 62 anni, fu nominato nel

2015 consigliere per la sanità dal presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, e nell'ottobre 2020 divenne presidente dell'Agenas, incarico in scadenza tra quattro mesi. È indagato dalla Procura di Salerno per la morte di un paziente sottoposto a un intervento chirurgico di sostituzione aortica valvolare. Il giudice a marzo ha disposto per Coscioni una misura interdittiva della professione medica per la durata di 12 mesi che ha comportato la sospensione dalla guida del diparti-

mento di Cardiocirurgia nell'ospedale di Salerno. Il gip aveva negato invece la richiesta dei pm di sospenderlo anche dalla funzione di presidente dell'Agenas, scelta confermata a maggio dal Riesame.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ETICA E VITA

Diritto d'aborto? No, assoluta contraddizione

VITTORIO POSSENTI

a pagina 23

Iniziativa dopo quella francese. C'è semmai un diritto alla vita

DIRITTO DI ABORTO ANCHE IN ITALIA? NO, È UNA CONTRADDIZIONE ASSOLUTA



VITTORIO POSSENTI

Nei giorni scorsi un'organizzazione specializzata nella raccolta firme online sulle questioni più varie, mi ha invitato a firmare una petizione volta a introdurre il "diritto di aborto" nella nostra Costituzione. Sembra che l'iniziativa sia partita da una deputata del Movimento 5 Stelle. Ho risposto che non avrei firmato. Nel contempo ho tenuto presente il voto a larga maggioranza del Parlamento europeo in aprile a favore di un inesistente "diritto all'aborto". Spregiudicate convenienze elettorali hanno condotto schieramenti politici che non contemplano nel loro DNA il "diritto di aborto", ad accodarsi almeno in parte.

Procediamo storicamente. Il "diritto all'aborto" non può avere base alcuna nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948) che non lo contempla e che, anzi, cita come fondamentali i diritti alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona. Lo stesso vale per la Dichiarazione di indipendenza americana (1776) che inizia citando i tre valori supremi: vita, libertà, *pursuit of happiness*. Se invece guardiamo verso la Dichiarazione francese dei diritti dell'uomo e del cittadino (1789), essa recita: «I diritti naturali ed imprescrittibili dell'uomo sono la libertà, la proprietà, la sicurezza e la resistenza all'oppressione... La libertà consiste nel poter fare tutto ciò che non nuoce ad altri: così, l'esercizio dei diritti naturali di ciascun uomo ha come limiti solo quelli che assicurano agli altri membri della società il godimento di questi stessi diritti».

La prima grande sorpresa sta nel fatto che il diritto alla vita non compa-

re tra i diritti fondamentali. Per quanto singolare possa sembrare ai nostri occhi, la Dichiarazione del 1789 pose in cima a tutto la libertà e non la vita: questa non compare non solo nella triade *Liberté, Égalité, Fraternité*, ma è assente in tutta la Dichiarazione. La Costituzione francese del 1958 (in vigore) richiama anch'essa la triade suddetta, non però il diritto alla vita. Anzi il concetto cardine è quello di sovranità (ahinoi per la Federazione europea).

Quanto alla Germania la sua Legge fondamentale (1949) è chiara: «Ognuno ha il diritto alla vita e all'incolumità fisica», come lo sono la Cedu («Il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge»), e la Carta di Nizza (2000): «Ogni individuo ha diritto alla vita».

Il diritto alla vita non trova un riconoscimento esplicito nella nostra Carta costituzionale, in quanto nessuna disposizione prevede espressamente una tutela di tale diritto. Le disposizioni considerate rilevanti in merito sono gli articoli 2 e 3. Fondamentale è la sentenza 35/1997 della nostra Corte costituzionale, secondo la quale «il diritto alla vita, inteso nella sua estensione più lata, sia da iscriversi tra i diritti inviolabili, e cioè tra quei diritti che occupano nell'ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono — per usare un'espressione della sentenza n. 1146 del 1988 — all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana». La Francia è il primo Paese al mondo ad inserire nella sua Costituzione il diritto all'aborto, mentre l'aborto legale fu introdotto da Lenin nell'URSS nel 1920, primo Stato al mondo. Nella Dichiarazione del 1789 domina la libertà intesa come il diritto di agire con l'unica condizione di non

danneggiare l'altro. Sembra abbastanza ragionevole, eppure è solo un *flatus vocis* sino a quando non si stabilisce chi è l'altro. Ora la determinazione di chi è l'altro è ardua, per cui vi sono molti altri reali che il diritto statutale a indirizzo libertario non vede e non considera: tra cui il feto cui l'aborto toglie la vita. Il voto del Parlamento europeo segna una deriva a favore del desiderio autocentrato che decide chi è e chi non è l'altro. Prevalle la scelta del singolo e un libertismo radicale: qui l'aggettivo include anche i radicali italiani, che negli anni '90 proposero un referendum in favore dell'aborto su semplice richiesta, respinto come inammissibile dalla Corte costituzionale.

La libertà alla francese ha compiuto un lungo cammino ed è approdata a un esito in *completa contraddizione* con la Dichiarazione del 1948, con la Cedu e la Carta di Nizza, cui la Francia e l'UE aderiscono. È una misera consolazione osservare che i Paesi Ue non sarebbero obbligati ad accettare tale "diritto di aborto". Nel pronunciamento di Parigi e di Bruxelles vedo circolare una manifestazione di positivismo e di nichilismo giuridici (*Kelsen docet*), secondo cui la legge positiva può avere qualsiasi contenuto, purché sia stata validamente approvata. *Niente* si può *contro* la legge, ma *tutto* si può *con* la legge, dal



momento che questa può avere qualsiasi contenuto, approvato da una maggioranza. L'UE pensa di dare un segnale di civiltà con un simile pronunciamento? La fabbricazione positivista e libertaria di diritti inesistenti costituisce un regresso di civiltà.

La legge dello Stato può permettere l'aborto inserendolo a certe condizioni nel tessuto legislativo, non può invece dichiararlo un *diritto*, che so-

lo la donna esercita. L'interruzione volontaria della gravidanza danneggia l'altro, anzi lo sopprime. L'usuale rivendicazione "il corpo è mio e ne decido io" non legge, perché dentro quel corpo vi è un altro.



Rischio cancro, saperlo sette anni prima



Partendo da studi su centinaia di proteine, si è visto come siano coinvolte nello sviluppo di molte forme tumorali. Il passo da fare ora è un test anche per chi non presenta alcun sintomo.

di Luca Sciortino

Diagnosticare un cancro anni prima di quanto si possa fare oggi. Quanto basta per sconfiggerlo. Quello che appare oggi un sogno potrebbe diventare realtà dopo la scoperta che alcune proteine, che possono essere rivelate con un esame del sangue, compaiono come conseguenza della formazione di un tumore.

Per entrare nello specifico, due studi dell'Università di Oxford, pubblicati a distanza di un paio di settimane su *Nature Communications*, hanno investigato le associazioni tra migliaia di proteine presenti nel plasma - quella componente liquida composta principalmente da

acqua in cui sono disciolti sali minerali (elettroliti) e proteine - e un vasto numero di differenti tipi di tumori.

La prima indagine ha trovato che su 371 proteine che segnalavano il rischio di cancro, 107 erano associate con la comparsa di diversi tipi di neoplasie a distanza di sette anni. La conclusione si basava sull'analisi di 44 mila campioni di sangue raccolti da UK Biobank, di cui



4.900 risultavano essere di persone che avrebbero ricevuto una diagnosi di tumore appunto sette anni dopo.

Il secondo studio rivelava invece associazioni tra 40 proteine del plasma e altri tipi di cancro molto comuni. Nella prima analisi, erano quelli del fegato, di vari tratti intestinali, linfoma non Hodgkin, polmone, rene, cervello, stomaco, esofa-

go, endometrio e tumori del sangue. Nel caso del secondo, il cancro della mammella triplo-negativo, il carcinoma della vescica e il tumore del pancreas.

Al momento, le ricerche non sono in grado di determinare quali livelli specifici di proteine rifletterebbero l'insorgenza futura di un tumore. Ma ottenere queste conoscenze è ora possibile, proprio grazie alla scoperta di proteine specifiche, che sono una conseguenza della crescita di cellule maligne.

«Quelle rivelate dallo studio avviano la carcinogenesi, cioè la trasformazione di una cellula normale in una cancerosa» spiega la dottoressa Amelia Cimmino, ricercatrice dell'Istituto di genetica e biofisica del Cnr-Igb. «Volendo fare un paragone, si potrebbe citare l'esempio dell'aumento del colesterolo: superata una certa soglia, il rischio è elevatissimo proprio per il coinvolgimento di queste molecole nella genesi di malattie cardiovascolari. Allo stesso modo, nel caso dei tumori citati nello studio l'espressione di alcune proteine cresce. Quale sia la soglia critica non si sa ancora, dovrà essere stabilita quando saranno messi a punto i test».

La proteomica - il nome della disciplina che ha permesso di ottenere questi risultati - usa biochimica, informatica

e bioinformatica per caratterizzare le proteine sulla base della loro struttura, funzione, attività e interazioni. Si potrebbe definire come il passo successivo della genomica, con la differenza che mentre quest'ultima è molto più sviluppata, anche a livello delle tecniche di riconoscimento e classificazione dei geni, la proteomica è in fase di avanzamento.

La si ritiene però molto promettente perché le proteine sono parte integrante della maggior parte dei processi biologici, compresi quelli della cancerogenesi con crescita e proliferazione di tessuti. La proteomica è dunque potenzialmente in grado di dare nell'immediatezza quelle informazioni che la genomica potrebbe fornire solo dopo altri approfondimenti. E le ricerche su *Nature* lo confermano.

«Passeranno anni prima di poter sfruttare queste scoperte per ottenere un test precoce.

La ragione sta nel fatto che la proteomica richiede ulteriori sviluppi dal punto di vista delle applicazioni, ed è costosa. In particolare, al momento non esistono test di proteomica che si possano effettuare nei laboratori dove accedono i cittadini per esami diagnostici» aggiunge la dottoressa. «Ci vorrà tempo perché servono verifiche su campioni assai grandi. Ma sono risultati molto incoraggianti». Un altro aspetto interessante dello studio è che ha riguardato la popolazione generale e non solo pazienti affetti da particolari patologie. Ciò significa che un prossimo test precoce tumorale potrebbe riguardare individui che non hanno alcun sintomo. «Vedo più probabile che il futuro esame sia destinato a chi ha una già nota predisposizione genetica a contrarre un certo tipo di tumore, oppure a persone con determinati sintomi. Ma,

ai fini dell'attendibilità del test, non vedo limitazioni. Vediamo un caso possibile: oggi per l'ematuria, ossia sangue nelle urine, occorrono vari esami per scoprire se la causa sia un calcolo renale, un'infezione o altro, ma non esiste un biomarcatore per il tumore alla vescica attendibile usato nella pratica clinica. Ecco, l'analisi sulle proteine coinvolte in questo tumore permetterebbe una diagnosi precoce». C'è infine un punto importante. Tra le proteine che lo studio ha associato a un cancro ve ne sono 38 che possono essere inibite da anticorpi monoclonali o piccole molecole inibitorie già in uso. «Significa che, se le identifichiamo prima, possiamo abbassarne il livello e quindi prevenire il tumore» aggiunge Cimmino.

Precedenti studi su singole o piccoli gruppi di proteine del sangue avevano già evidenziato come fossero collegate al rischio di cancro: il fattore di crescita insulino-simile I, elemento di rischio per i tumori di mammella, colon-retto e prostata; e la microseminoproteina-beta, associata a un minor pericolo di neoplasia alla prostata. Altri biomarker identificati includevano marcatori proteici per la diagnosi precoce, la progressione, la recidiva e la prognosi (come l'antigene prostatico specifico 4, 5, 6, 7). La novità sta nel vasto numero delle proteine studiate grazie a metodi avanzati di proteomica, detti multiplex. Consentono di misurare simultaneamente migliaia di proteine. Forse il quadro si completerà con altri tipi di tumori e altre proteine, in attesa del test tanto sperato. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Amelia Cimmino è ricercatrice dell'Istituto di genetica e biofisica del Cnr-Igb. «Il test dovrà prendere come campione un grande numero di persone».



Proteomica in sviluppo Lo studio delle proteine e del ruolo nei processi biologici è fondamentale per la scoperta fatta.

getty images (2)



Un fascio di luce contro i tumori

La luce diventa una risorsa per le terapie anticancro. Alcune molecole, chiamate fotosensibilizzatori, se colpite da un fascio luminoso portano alla formazione di «specie reattive dell'ossigeno» (in sigla, Ros), che risultano tossiche per le cellule vicine. Alberto Danielli e il suo team del Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie all'Università di Bologna, con NanoBioInterface Lab del Dipartimento

di Chimica «Giacomo Ciamician», sta sviluppando nuovi approcci per trasportare questi fotosensibilizzatori alle cellule tumorali. Il progetto, supportato dalla Fondazione AIRC, si chiama NanoPhage. I ricercatori lavorano con un «batteriofago», ossia un virus - innocuo per l'uomo - che infetta alcuni batteri. Lo modificano affinché riconosca in modo selettivo le cellule tumorali. Il nanovettore

viene caricato con centinaia di fotosensibilizzatori e inviato verso il cancro, poi riattivato con un lampo di luce, una fibra ottica o un laser terapeutico, per uccidere le cellule malate, senza colpire quelle sane. Grazie all'Associazione Orchestra per la vita, questo approccio ha mostrato risultati promettenti anche sul sarcoma epitelioide, un tumore raro nei giovani adulti. *(Cristina Bellon)*



Nuoto e ballo sono efficaci contro i tumori

LO STUDIO

Un'attività fisica può potenziare l'efficacia di un trattamento farmacologico, chemio o radioterapico e agire anche in prevenzione.

Lo conferma la Ropi (Rete Oncologica Pazienti Italia), nel suo nuovo quaderno *Attività fisica e tumori*. Il volume, scaricabile gratis sul sito retheoncologicaropi.it, spiega che programmi di attività di

tipo aerobico e di intensità lieve-moderata hanno effetti positivi anche sulla psiche e favorirebbero l'aumento di cellule natural killer, riducendo la concentrazione di estrogeni corresponsabili dello sviluppo di alcuni tumori ormonodipendenti (mammella, utero e prostata).

«Ciò che è emerso è che specifici programmi di attività fisica, l'intensità della pratica, e la "posologia" possono migliorare l'azione e la reazione alla malattia - spiega Stefania Gori, Presidente Ropi - Si ottiene un miglioramento della sen-

sazione di affaticamento che si accompagna alle terapie, riducendo possibili effetti collaterali, come il dolore articolare, e migliorando la funzionalità cardio-respiratoria».

RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Girardo

Studio italiano su Sla conferma: nuovo farmaco dà benefici

Emergono nuove speranze dallo studio clinico sulla Sla condotto dai Centri clinici Nemo. Dopo la recente approvazione di "tofersen" da parte di Ema (l'Agenzia europea per i medicinali), la conferma concreta sull'efficacia clinica di questo farmaco arriva dal primo studio, tutto italiano, che ha analizzato il più alto numero di persone con Sla con mutazione Sod-1 nel nostro Paese e per il più lungo periodo di tempo. «Questo studio sul campo,

fornisce dati importanti e convincenti - afferma Mario Sabatelli, direttore clinico del Centro Nemo Roma presso la Fondazione Policlinico Gemelli, e presidente della Commissione medico-scientifica di Aisla (Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica) -. Grazie all'esperienza clinica sulla Sla della rete dei Centri Nemo è stato monitorato il gruppo di pazienti per un periodo di tempo molto lungo, elemento fondamentale per comprendere l'impatto del

farmaco». Per un periodo di almeno un anno dopo la somministrazione iniziale del tofersen, i Centri Nemo di Roma, Milano, Brescia, Trento e Ancona, hanno raccolto e analizzato i dati di 17 pazienti, una parte dei 27 che hanno avuto la possibilità di accedere al farmaco dal 2021. I risultati, appena pubblicati sul *Journal of Neurology*, mostrano una stabilizzazione o addirittura un lieve miglioramento clinico per il 53% dei pazienti del gruppo di studio. Inoltre, la ricerca ha

dimostrato che il farmaco ha un effetto positivo sul piano biologico nel processo di degenerazione dei motoneuroni. Ciò conferma l'impatto positivo sulla malattia di tofersen in almeno un sottogruppo di pazienti.



L'Alzheimer si previene con le tecniche spaziali

LA SCOPERTA

Mariagiovanna Capone

Le tematiche principali che si affrontano attraverso la Medicina Aeronautica e Spaziale, riguardano le modificazioni patologiche e fisiologiche in condizioni di volo e di volo aerospaziale. Eppure, ben pochi sanno che grazie a essa si stanno ottenendo dei progressi sorprendenti che riguardano malattie non strettamente connesse al volo, aiutando a comprenderle e, si spera in un futuro prossimo, a contrastarle. Un contributo rilevante riguarda l'Alzheimer, partendo dal Disorientamento Topografico Evolutivo (Dte), un disturbo neuropsicologico scoperto che colpisce la capacità di orientarsi. Ma si approfondiscono altre patologie impattanti come osteoporosi, cataratta, diabete, cardiopatie e paralisi infantili. Di questo e altro si parlerà al 34esimo congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale, da oggi a venerdì all'Uni-

versità la Sapienza di Roma. Docenti universitari, ufficiali medici, piloti, esperti e ricercatori da tutta Italia si incontreranno per fare il punto sulla ricerca scientifica, sempre più al servizio della comunità e della prevenzione di malattie e patologie, in particolare sull'invecchiamento cognitivo.

«L'invecchiamento atipico può avere un esordio subdolo e talvolta difficilmente identificabile, soprattutto in quegli individui ad alto funzionamento cognitivo abituati a gestire situazioni complesse» ha spiegato Laura Piccardi della Sapienza. «In quei casi, infatti, la riserva cognitiva permette loro di funzionare bene per un lungo periodo di tempo. Tuttavia è fondamentale la diagnosi precoce per intervenire prontamente». «Il tessuto cerebrovascolare umano è radiosensibile e l'esposizione a radiazioni ionizzanti comporta sia un aumento di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare» ha aggiunto la tenente colonnello Paola Verde, segretario generale AIMAS, che modererà insieme a Piccardi la sessione Neuroscienze Aerospaziali. «Le missioni oltre l'orbita bassa terrestre comporteranno una

maggior esposizione ai raggi cosmici galattici per questo è fondamentale risolvere il problema della radiazioni quando si pensa ai viaggi umani di lunga durata nello spazio. Se non si è adeguatamente protetti, i viaggi spaziali potrebbero portare a un aumento del decadimento cognitivo». Ritornando all'Alzheimer, già da un paio di anni i medici aeronautici e spaziali hanno riscontrato che i piloti hanno una capacità di orientamento di gran lunga superiore alla media. Sottoporre a training mentali simili anche coloro che hanno manifestato declini cognitivi, è considerato un contributo importante per contrastare patologie degenerative.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I TRAINING MENTALI
DEI PILOTI SI MOSTRANO
EFFICACI PER FRENARE
LE PATOLOGIE
DEGENERATIVE SE LA
DIAGNOSI È TEMPESTIVA**



Da Bologna la nuova tecnologia per curare la maculopatia senile

Salute

Con la Light modulation
Espansione Group affronta
la prima causa di cecità

Ilaria Vesentini

A destare interesse non è solo la rivoluzionaria tecnologia presentata ieri a Bologna, con la quale sarà possibile curare la prima causa di cecità nel mondo occidentale, ma la singolare storia dei tre artefici del brevetto contro la maculopatia degenerativa, condivisa ieri per la prima volta sul palco di Confindustria Emilia, tra industriali e medici. Tre trentenni amici di università (in Bocconi) che si erano ripromessi di intraprendere assieme un'avventura imprenditoriale e che tre anni fa, senza alcune legami di parentela, né competenze nel biomedicale, né fondi a spalleggiarli, sono subentrati ai fondatori dell'azienda (Rodolfo Pomar e la consorte Morena Gomedì) creata nel 1981 come distributore di dispositivi medici, per poi virare sulla produzione di soluzioni per l'estetica e la dermatologia, e hanno trasformato le terapie a base di luce (fotobiostimolazione) in risposta medica per le patologie oftalmiche.

Espansione Group già nel 2019 aveva iniziato a investire nella Light Modulation, tecnologia di fotobiomodulazione per fini non più estetici ma medicali, per trattare il segmento anteriore dell'occhio, come la secchezza oculare della cornea. «Noi nel 2021 siamo entrati in punta di piedi in questa piccola azienda a Funo, con 4 milioni di euro di fatturato legata indissolubilmente al capostipite, proponendoci sia come azionisti di maggioranza sia come manager (Pomar resta in azienda in quota minoritaria e senza ruoli operativi, Ndr) e dopo tre anni di riorganizzazione, di investimenti in ricerca e di passaggi di consegne gradualmente, sempre in silenzio, siamo qui a raccontare per

la prima volta il prossimo capitolo della storia del gruppo, grazie a una soluzione che parte da una tecnologia Nasa, oggi in fase di brevettazione, ma ha già ottenuto il marchio CE medicale europeo e da oggi è disponibile per tutti i pazienti europei malati di maculopatia», racconta Alessandro Fier, Ceo di Espansione Group, guidata assieme agli amici Luca Trimigno Chief Strategy & Corporate development officer e Matteo Corbellino Chief Marketing & Innovation Officer.

Un passaggio generazionale sui generis di tre startupper di fatto, che invece di partire da zero hanno optato per una realtà bisognosa di rilancio gestionale ed economico-finanziario, ma con un portafoglio prodotti e una rete distributiva consolidata da cui partire per sviluppare una tecnologia finora inesplorata nella cura di patologie degenerative delle cellule "profonde". Come la maculopatia senile (AMD) che compromette la visione centrale fino alla progressiva cecità, con un 80% dei pazienti incurabili, e che si stima colpirà 280 milioni di persone in tutto il mondo entro il 2040, complice il rapido invecchiamento della popolazione.

Il trattamento è somministrato attraverso una maschera, delle dimensioni di un visore di realtà virtuale, poggiata sul viso, che emette un protocollo luminoso sicuro e non invasivo, né per il paziente né per il medico, e stimola la rivitalizzazione della retina, accelerando la rigenerazione cellulare. Così come negli anni '70 la Nasa aveva scoperto l'utilizzo di fasci di luce alternati per curare le ferite degli astronauti che in assenza di raggi solari si rmarginavano a fatica.

«Questa innovazione è da un la-

to un punto di arrivo di tre anni di lavoro per rilanciare il marchio Espansione Group (si preannuncia a breve un rebranding, Ndr) e avvalorarlo tra medici e pazienti come produttore di innovazioni significative - precisa Fier - e, dall'altro, è il punto di inizio di un ambizioso piano industriale che ci porterà a raddoppiare in tre anni il fatturato, rispetto agli 8 milioni di euro con cui abbiamo chiuso il 2023, e per allargare questa tecnologia anche in altri ambiti di trattamento, non solo in oculistica».

Gli studi clinici sono stati portati avanti fin qui su pazienti in una fase intermedia della malattia, in nove diversi centri clinici di ricerca universitari, di cui sei in Italia (Napoli, Torino, Genova, Bari, Catanzaro, Forlì) e tre all'estero (Turchia, Francia e Gran Bretagna) che hanno validato l'efficacia del trattamento basato su fotobiomodulazione. Una tecnologia su cui stanno convergendo oggi le attenzioni di molti ricercatori internazionali, perché si presta a terapie efficaci e non invasive per varie patologie neurodegenerative come l'Alzheimer e il Parkinson, fino a condizioni autoimmuni.

IL NUMERO CHIAVE

8 milioni

Il fatturato 2023

Dal 2021, anno di ingresso dei tre giovani soci e amici universitari nel gruppo (Alessandro Fier, Luca Trimigno e Matteo Corbellino) i ricavi sono raddoppiati e il piano industriale prevede un ulteriore raddoppio nei prossimi tre anni. La maculopatia degenerativa senile (AMD) è la prima causa di cecità nel mondo occidentale. Attesi 280 milioni di malati nel 2040.



PERAZIONI NAS Il fenomeno post Covid: è allarme

Fentanyl e doping-à-porter: dieci siti web chiusi al mese

» Virginia Della Sala

Online: solo tra aprile e novembre del 2023, in una operazione internazionale denominata Shield IV, sono stati oscurati 79 siti web assieme al sequestro di migliaia di medicinali tra analizzanti, antibiotici, antinfiammatori, prodotti per la disfunzione erettile, integratori e sostanze dopanti. Il valore era di circa 9 milioni di euro. Ma non solo: trovare in Rete quelle che si potrebbero definire “droghe di nicchia”, quelle sintetiche, dal Fentanyl all'ossicodone passando appunto per le sostanze dopanti è sempre più semplice. Eredità del Covid: l'eCommerce conviene anche alle organizzazioni criminali.

FENTANYL. Partiamo da qui, la *new entry*, di cui in questi mesi si parla moltissimo. Conosciuta come “la droga degli zombie”, in America questo potentissimo analgesico oppioide ha portato alla morte di oltre 100 mila persone. In Italia non c'è un'emergenza: questo è il punto di partenza quando se ne parla. Un mese fa per la prima volta se n'è trovata traccia a Perugia, rilevato in una dose di eroina prelevata nell'ambito di un'attività di riduzione del danno (assistenza alle persone tossicodipendenti). Era il 5 per cento del campione. A inizio maggio, invece, a Gioia Tauro i carabinieri hanno scoperto una farmacia di fatto abusiva che aveva, tra le varie confezioni, anche quelle di Fenta-

nyl e morfina. In questo caso, la scoperta è avvenuta nel corso di un controllo a un'attività che avrebbe dovuto essere soltanto un banco farmaceutico solidale. Intanto, il governo ha deciso di avviare una campagna.

IN RETE. Per approfondire, incontriamo il generale Raffaele Covetti dei Nas, i Nuclei Antisofisticazione e Sanità dei carabinieri. Sono infatti tra coloro che, nel piano di prevenzione sul Fentanyl varato dal governo il mese scorso, ricoprono un ruolo di prima linea. La loro competenza tecnica li rende particolarmente specializzati nella ricerca

e nell'identificazione (nonché anche nelle indagini, nell'intervento e nella prevenzione) di droghe sintetiche e di nuove sostanze psicoattive. Che oggi, oltretutto, si diffondono specialmente online. “In generale, l'approvvigionamento dai Paesi produttori avviene attraverso la Rete – spiega il generale Covetti – noi facciamo monitoraggio web a ricerca di siti o persone che le mettono in vendita”. Tanto per il Fentanyl quanto per molto altro. “Quando scopriamo i siti – racconta ancora – vengono ‘oscurati’. In sostanza, si inibisce l'accesso a chi naviga su reti nazionali. Le piattaforme, infatti, spesso si trovano su server esteri”.

IL FENOMENO. Come spesso accade, anche per questa sostanza l'America è pioniera. L'Afghanistan, spiega il tenente colonnello Alessandro Amadei, sta cambiando le

sue politiche e si è impegnato a riconvertire le coltivazioni di oppio in altre colture. Questo ha generato, di conseguenza, una carenza di oppio e quindi di eroina. Per sostituirla c'è stato bisogno di una droga sintetica con effetti simili. L'imitazione è infatti alla base di quasi tutte queste sostanze. Sottrarlo ai canali commerciali tradizionali, quindi alla farmaceutica, è però difficile: la producono quindi illegalmente in laboratori clandestini e il principale produttore è la Cina. Il secondo è il Messico. “In Italia ad oggi, le indagini, i decessi e le intossicazioni acute restituiscono un quadro di tranquillità – continua Covetti – a cui contribuisce il fatto che siamo dotati di un Sistema nazionale di allerta precoce (Snap) che interconnette tutti gli attori. Possiamo conoscere dunque la situazione in tempo reale, ovunque, anche nell'Ue”.

OSSICODONE. C'è anche un altro oppioide su cui l'allerta è alta: l'ossicodone. In questo caso, il flusso rilevato dai Nas è principalmente verso l'estero, Stati Uniti in particolare. Un *blister* da 20 dollari, su piazza è rivenduto a 1.000 dollari: “In media, 30 a compressa”. A dicembre 2023, c'è stata una grossa operazione



con la Dea statunitense proprio sulla segnalazione di un flusso illegale dalla Lombardia. Decine di centinaia di blister, procurati con false ricette e furto negli studi medici. Ma l'esplosione, dicevamo, è nel commercio online. Era accaduto con il Covid, quando erano aumentate anche le tipologie di droghe sintetiche esistenti e non si è più fermato. "Le persone ormai hanno imparato, è come comprare un paio di scarpe". La logistica fa la differenza, non serve una organizzazione criminale complessa per spedire un pacco, oltretutto piccolo, con un corriere. E costano anche di meno proprio per questa ragione. "Si passa dalla necessità di impiegare centinaia di persone per

muovere i carichi, a una sola dietro uno schermo".

DOPING E PALESTRE. In mezzo, il fenomeno – anche questo in crescita – del doping. Non solo quello ad alti livelli. "È sempre più diffuso tra i frequentatori di palestre" dice Covetti. Il fenomeno è in aumento, frotte di dilettanti assumono steroidi e sostanze anabolizzanti privi di controlli semplicemente per raggiungere i propri obiettivi estetici o anche per rispondere alle aspettative di gloria dei familiari. A maggio sono state arrestate 11 persone che producevano e importavano dalla Cina diversi principi attivi: arrivavano in Italia via Germania, venivano assemblati in laboratori illegali a San

Marino e nel Salernitano: "Quintali di sostanze dopanti, steroidi, anabolizzanti ed efedrina. Realizzavano mix di più sostanze dopanti in maniera spregiudicata" conclude Covetti. Anche in questo caso, gli ordini avvenivano online.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Nelle palestre
steroidi,
anabolizzanti
ed efedrina
acquistati
online**

Raffaele Covetti

**2023: IL CASO
"HOT CHIP
CHALLENGE"**

IN ITALIA non è più in vendita e tutto è iniziato dai Nas, che hanno indagato sulla Hot Chip Challenge, la patatina super-piccante con cui i giovanissimi si sfidavano postando video sui social. Il tenente colonnello Dario Praturon racconta che a fronte di un prodotto a norma su etichettatura, ma potenzialmente pericoloso, col ministero della Salute (da cui i Nas dipendono funzionalmente), hanno deciso di coinvolgere l'Agcm (l'Antitrust) dato che la challenge metteva in palio un iPhone di ultima generazione e quindi di partire dall'ipotesi della pratica commerciale scorretta. L'azienda, con sede in Repubblica Ceca, l'ha quindi ritirata in autotutela.



Smerci ed export
C'è un traffico di ossicodone dall'Italia agli Usa. Sotto, una operazione del 2021 FOTO ANSA/LAPRESSE





4 giu
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Tumore del polmone non a piccole cellule: la terapia mirata ha ridotto il rischio di progressione o morte dell'84%

di *Filippo de Marinis* *

Passi avanti importanti nel trattamento di due forme di tumore del polmone particolarmente aggressive e caratterizzate da bisogni clinici finora insoddisfatti. I progressi sono evidenziati in due studi presentati in Sessione Plenaria al Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO), in corso a Chicago, e approfonditi in un press briefing con i giornalisti italiani. Lo studio LAURA sull'uso della terapia target osimertinib nel tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) di stadio III non resecabile e con mutazione di EGFR, e lo studio ADRIATIC sull'uso dell'immunoterapia con durvalumab nel tumore del polmone a piccole cellule in stadio limitato.



I risultati positivi dello studio di Fase III LAURA, pubblicati contemporaneamente sul "The New England Journal of Medicine", mostrano che osimertinib ha prodotto un miglioramento statisticamente significativo e clinicamente rilevante della sopravvivenza libera da progressione nei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule di stadio III, non resecabile, con mutazione del recettore del fattore di crescita epidermico (EGFRm), dopo chemio-radioterapia (CRT) rispetto a placebo dopo CRT. Osimertinib ha ridotto il rischio di progressione di malattia o di morte

dell'84% rispetto a placebo, come valutato dal comitato scientifico indipendente di revisione (BICR). La sopravvivenza libera da progressione mediana è risultata pari a 39,1 mesi nei pazienti trattati con osimertinib rispetto a 5,6 mesi nei pazienti trattati con placebo.

Gli straordinari risultati di sopravvivenza libera da progressione dello studio di Fase III LAURA rappresentano un importante passo avanti per i pazienti con tumore del polmone di stadio III non resecabile con mutazione di EGFR, per i quali non sono disponibili trattamenti mirati. Osimertinib ha ridotto il rischio di progressione di malattia o di morte dell'84%, un risultato senza precedenti. Sulla base di questi dati, osimertinib dovrebbe diventare il nuovo standard di cura per questi pazienti.

Come ha sottolineato Sara Ramella (Direttore Radioterapia oncologica e Professore Ordinario di Diagnostica per immagini e Radioterapia dell'Università Campus Bio-Medico di Roma/Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico), in questo modo potremo offrire ai pazienti in stadio localmente avanzato un trattamento mirato in un setting ad intento curativo, cioè la terapia target anti-EGFR con osimertinib, in grado di ottimizzare l'efficacia della chemio-radioterapia. Lo stadio III del carcinoma polmonare non a piccole cellule è un setting complesso, che non può prescindere dal coinvolgimento di un team multidisciplinare che comprenda oncologo medico, chirurgo e oncologo radioterapista per l'adeguata identificazione e la corretta gestione dei pazienti.

Importanti anche i risultati dello studio di Fase III ADRIATIC, che mostrano che durvalumab ha prodotto miglioramenti statisticamente significativi e clinicamente rilevanti del duplice endpoint primario di sopravvivenza globale e sopravvivenza libera da progressione rispetto a placebo nei pazienti con tumore a piccole cellule di stadio limitato non in progressione dopo lo standard di cura attuale rappresentato dalla chemio-radioterapia concomitante (cCRT).

I risultati dell'analisi ad interim pianificata mostrano che durvalumab ha ridotto il rischio di morte del 27% rispetto a placebo. La sopravvivenza globale mediana è risultata pari a 55,9 mesi per durvalumab rispetto a 33,4 mesi per placebo. Il 57% dei pazienti trattati con durvalumab è vivo a tre anni rispetto al 48% dei pazienti trattati con placebo. Durvalumab ha inoltre ridotto il rischio di progressione di malattia o di morte del 24% rispetto a placebo. La sopravvivenza libera da progressione mediana è stata pari a 16,6 mesi per i pazienti trattati con durvalumab rispetto a 9,2 mesi dei pazienti trattati con placebo. Si stima che il 46% dei pazienti trattati con durvalumab non abbia presentato progressione di malattia a due anni rispetto al 34% con placebo.

Era da oltre 40 anni che non assistevamo a cambiamenti nello standard della terapia sistemica del tumore del polmone a piccole cellule di stadio limitato. ADRIATIC è il primo studio a evidenziare progressi con l'aggiunta

dell'immunoterapia dopo la tradizionale chemio-radioterapia in questi pazienti. I risultati rappresentano una svolta per questa malattia altamente aggressiva in cui i tassi di recidiva sono elevati, con solo il 15-30% dei pazienti vivo a cinque anni. Durvalumab ha già dimostrato un beneficio nella malattia di stadio esteso, ora sono importanti i progressi nello stadio limitato. Nello studio ADRIATIC, il 57% dei pazienti è vivo a 3 anni.

Durvalumab è la prima terapia sistemica, dopo decenni, a mostrare un miglioramento della sopravvivenza in questi pazienti e dovrebbe diventare un nuovo standard di cura in questo setting.

Come ha affermato Silvia Novello (Presidente WALCE, Women Against Lung Cancer in Europe, Ordinario di Oncologia Medica all'Università degli Studi di Torino e Responsabile Oncologia Medica all'Ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano), i risultati degli studi LAURA e ADRIATIC evidenziano come le terapie innovative possano davvero cambiare le prospettive di cura dei pazienti. Più di un paziente su sei con tumore del polmone non a piccole cellule riceve la diagnosi di malattia di Stadio III non resecabile e circa il 15% presenta la mutazione di EGFR. Questi sono i pazienti candidabili a ricevere la terapia mirata con osimertinib, ora anche in questo stadio di malattia. Dall'altro lato, il tumore del polmone a piccole cellule finora ha ricevuto meno attenzione rispetto ad altre neoplasie, anche a causa dello stigma sociale, riconducibile alla storia di tabagismo nella maggioranza dei pazienti. Il notevole miglioramento di sopravvivenza globale osservato con durvalumab dopo chemio-radioterapia concomitante è in grado di trasformare il trattamento della malattia anche nello stadio limitato, dopo gli importanti risultati già dimostrati dall'immunoterapia nello stadio esteso.

Direttore della Divisione di Oncologia Toracica dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano e Presidente di AIOT (Associazione Italiana di Oncologia Toracica)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



4 giu
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Chirurgia robotica, a Candiolo debutta il sistema hi-tech mono-braccio

di *Francesco Porpiglia* *

Al chirurgo-robot oggi basta un solo ‘accesso’ per operare prostata e rene: con il nuovo sistema robotico ‘monobraccio’ non servono più le classiche quattro incisioni nella parete addominale per inserire i bracci robotici operatori, ma ne è sufficiente una sola, della grandezza massimo di una moneta, così il recupero post-operatorio si accorcia al minimo indispensabile e in futuro i pazienti potranno tornare a casa dopo poche ore dall’intervento. L’innovativa tecnologia è da oggi disponibile all’Ircs di Candiolo (Torino) dove sono stati operati i primi due pazienti con il nuovo metodo che, nel prossimo futuro, consentirà di rendere l’intervento di rimozione di un tumore alla prostata una procedura rapida, da eseguire con un ricovero di 24-48 ore. Il nuovo robot Da Vinci SP, acquisito con il contributo della Fondazione Piemontese per la ricerca sul Cancro Onlus, rappresenta un sistema di ultimissima generazione con un unico braccio robotico che offre la possibilità di eseguire interventi chirurgici complessi attraverso un unico accesso, sfruttando dove possibile orifizi naturali per raggiungere gli organi senza ledere la parete muscolare. Il braccio è equipaggiato con tre strumenti chirurgici evoluti che consentono una mobilità molto maggiore rispetto alla mano umana e con un endoscopio super-flessibile e orientabile per la miglior visione in alta definizione del campo operatorio, tutti controllati direttamente dal chirurgo. Lo strumento, una volta inserito, consente una grande capacità di manovra in spazi anatomici molto ristretti, anche se occorre abituarsi a operare in maniera

differente rispetto al passato. In questo modo l'intervento diventa ultra-preciso, ma anche mininvasivo grazie al singolo accesso di circa 3 cm. Per il paziente significa ridurre il trauma e l'infiammazione locali, diminuendo notevolmente il dolore post-operatorio e tagliando i tempi del recupero, con benefici che sono anche estetici e psicologici. Già utilizzato negli Stati Uniti, dove è stato introdotto nel 2018 e il suo impiego cresce del 38% annuo per ben 9000 interventi nel solo 2023; da un paio di mesi ha ricevuto il marchio CE ed è appena stato introdotto in Germania e Regno Unito. In Italia, Candiolo è il quarto centro, unico in Piemonte, a dotarsi dell'innovativa tecnologia, la più avanzata piattaforma robotica a oggi disponibile. Non si tratta di uno strumento adatto a tutti i pazienti. Le prime indicazioni per le quali trova una sua destinazione naturale si hanno proprio in chirurgia urologica, che negli Usa costituisce il 73% degli interventi, prevalentemente nel trattamento del tumore del rene e della prostata. In ambo i casi il sistema consente di passare al di fuori della cavità addominale con una minore invasività ma senza ridurre la qualità chirurgica e diminuendo del 30% i tempi di degenza grazie a una rapida ripresa e una significativa riduzione del dolore post-operatorio. Dei circa 500 interventi di chirurgia robotica programmati a Candiolo nel 2024, oltre un centinaio potranno essere appannaggio del robot 'monobraccio'. L'obiettivo dell'Irccs di Candiolo, grazie all'adozione di questa innovativa tecnologia, è quello di poter offrire a ciascun paziente una chirurgia sempre più precisa e personalizzata, senza compromettere l'efficacia oncologica e massimizzando i risultati funzionali e di rapida ripresa della vita quotidiana del paziente grazie al minimo impatto dell'intervento.

** Professore ordinario di Urologia nel Dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino sede di Orbassano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



4 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Consip: dispositivi medici, gara da 83 milioni per stent e palloni medicati

di Radiocor Plus

Consip comunica di aver pubblicato la gara per la stipula di un Accordo Quadro per la fornitura alle strutture sanitarie pubbliche di 22omila stent coronarici e 23mila palloni medicati per angioplastica coronarica.

L'obiettivo dell'iniziativa, che ha un valore complessivo di circa 83 milioni e una durata di 12 mesi, è "garantire alle strutture sanitarie pubbliche la fornitura di dispositivi di ultima generazione e la disponibilità di un'offerta ampia e flessibile di dispositivi, da scegliere in base alla propria popolazione di pazienti e secondo le indicazioni dei medici". Lo strumento dell'Accordo Quadro multi-aggiudicatario e la possibilità di ricorrere al criterio della scelta clinica, permetteranno alle amministrazioni di affidare la fornitura anche a un operatore economico non risultato primo in graduatoria, qualora il prodotto offerto da quest'ultimo possieda le caratteristiche adeguate alle esigenze specifiche del paziente. Consip si è avvalsa del contributo della Società italiana di Cardiologia interventistica (Gise) al fine di garantire l'appropriatezza clinica e tecnologica dei dispositivi, in linea con i trend di evoluzione del mercato.

Come per le altre gare del settore sanitario, la commissione giudicatrice sarà composta da medici esperti del settore, per riporre la più ampia attenzione alle esigenze del paziente e alla promozione di innovazione tecnologica e

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



consip

qualità. Il termine per presentare le offerte è fissato alle 16 del prossimo 5 luglio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Interruzione di gravidanza Solo una donna su due usa l'RU486

In 11 strutture su 50 la pillola abortiva è introvabile Majorino: "I pro-vita nei consultori limitano la libertà"

di ANTONIO MURZIO

L'applicazione della Legge 194 in Lombardia "presenta ancora carenze e disomogeneità nell'accesso alle prestazioni" e "la presenza dei Centri aiuto alla vita (Cav) nei consultori mette a rischio la libertà di scelta delle donne e mette in difficoltà il personale dei presidi territoriali". A dirlo la consigliera regionale del Pd Paola Bocci, che ieri, insieme al capogruppo al Pirellone **Pierfrancesco Majorino**, ha presentato i dati del decimo monitoraggio annuale sull'applicazione della Legge 194 in regione, realizzato dai dem. In Lombardia nel 2023 le interruzioni volontarie di gravidanza sono state in totale 11.147, in calo rispetto al periodo pre-Covid (2019) e allineate al 2022. Per quanto riguarda la somministrazione della pillola RU486 ci sono ancora differenze sensibili tra province e presidi ospedalieri e, seppure in aumento nel 2023, sono circa il 49% delle interruzioni volontarie di gravi-

danza (Ivg) totali.

"Sono ancora 11 le strutture pubbliche su 50 in Lombardia che non offrono la possibilità di Ivg con RU486", ha spiegato Bocci. Lodi è ancora la provincia con la percentuale più alta di RU486 con il 78%, Brescia, Cremona, Milano Città, Monza e Brianza, Sondrio, Como sono sotto il 50%, la provincia di Milano è ultima al 29%. Circa l'obiezione di coscienza, nel 2023, in Lombardia, sono 50 su 62 le strutture pubbliche che erogano la prestazione, con il fenomeno che ha ancora punte di oltre il 70% in provincia di Bergamo, e oltre in singoli presidi ospedalieri. La media generale è del 53% circa, mentre il 64% delle strutture ha un'obiezione superiore al 50%. "Nonostante qualche piccolo passo avanti, grazie anche al nostro lavoro di monitoraggio e segnalazione delle situazioni critiche, la situazione presenta ancora carenze e disomogeneità anche gravi nell'accesso alle prestazioni e nella possibilità di decidere la procedura. Con un pericolo imminente:

la presenza dei pro-vita nei consultori pubblici che rischiano di interferire pesantemente sul lavoro degli operatori e ostacolare e limitare la libertà di scelta delle donne. Per questo raccoglieremo segnalazioni su eventuali problemi che si dovessero presentare", è la sintesi degli interventi di Bocci e Majorino.

"LEMBLEMA DELLO SFASCIO"

"La nostra segretaria Elly Schlein, in piazza a Milano, ha detto che il Governo Meloni sulla sanità non ha fatto nulla, se non sostenere e aiutare i pro-vita. Regione Lombardia rischia di diventare il racconto di tutto questo. E lo dicono i fatti: zero iniziative per il servizio sociosanitario lombardo, per affrontare il tema delle liste d'attesa, per sostenere lo sviluppo della sanità pubblica. A parte qualche viaggio esotico dell'assessore Bertolaso. Al contrario, stiamo assistendo a un'apertura di credito significativa verso i pro-vita che si è già manifestata con una recente mozione in Consiglio regionale".

"La Regione dovrebbe monitorare, avere tutto sotto controllo e interve-

nire come istituzione per garantire il diritto al servizio dovunque, dando direttive chiare e cogenti alle Asst, sia per assicurare alle donne lombarde l'Ivg in tutti i suoi presidi, anche in caso di obiezione al 100%, sia per riequilibrare le prestazioni tra il personale, rispettando la multidisciplinarietà della professione. Inoltre, Regione deve formalmente richiedere alle aziende sanitarie che entrambe le prestazioni siano erogate in tutte le strutture ospedaliere pubbliche, incentivando l'utilizzo della RU486, e potenziare i consultori pubblici, affinché l'erogazione della terapia farmacologica avvenga anche in questi presidi territoriali", ha concluso Bocci, ribadendo "la necessità che i contraccezionali post Ivg, ma non solo, siano offerti gratuitamente a chi ne fa richiesta, in particolare a minorenni e fragili".

Troppi obiettori

A Bergamo i medici che rifiutano di prescriverla supera il 70%
La media regionale è di oltre il 50%



Il capogruppo Pd al Pirellone, Pierfrancesco Majorino (A3)



4 giu
2024

SENTENZE

S
24

La Corte costituzionale boccia”il Piemonte che modifica il piano di rientro dal disavanzo sanitario

di *Pietro Verna*

Le Regioni non possono modificare unilateralmente i piani di rientro dal disavanzo sanitario. Una diversa soluzione sarebbe in contrasto con i principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica (articolo 117, comma 3, della Costituzione) e con l'articolo 1, commi 173 e 180, della legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria 2005) che contempla:

- la definizione concordata fra Stato e regioni delle misure volte a realizzare gli obiettivi di mantenimento dell'equilibrio finanziario del Sistema Sanitario Regionale- SSR;
- il principio di vincolatività dei piani di rientro e dei successivi programmi operativi, sottoscritti da Stato e regione, e il conseguente divieto per le regioni di adottare leggi e/o provvedimenti contrastanti con gli interventi indicati nei medesimi piani o programmi, nel periodo di vigenza di questi ultimi.

Lo ha stabilito la Consulta con la sentenza n.87/2024 che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 8 della legge n. 6/2023 della Regione Piemonte che ha prorogato all'anno 2032 (in origine fissato 2026) il



termine per la restituzione delle somme indebitamente sottratte alla gestione sanitaria

La sentenza

Nel ricorso proposto alla Corte costituzionale, l'Avvocatura generale dello Stato aveva denunciato la violazione dell'articolo 1, commi 173 e 180, della legge n.311 del 2004, evidenziando che «la regione era stata assoggettata al Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico» e che il programma di restituzione delle somme al SSR era stato concordato in sede di Conferenza permanente Stato- Regioni- Province autonome. Mentre la Regione aveva sostenuto che il prolungamento temporale del programma di restituzione delle somme suindicate si era reso necessario per far fronte alle esigenze connesse alla pandemia da Covid-19 e al rincaro dei costi delle materie prime. Tesi che non ha colto nel segno. L'Alta Corte ha statuito che la regione «avrebbe dovuto promuovere un'interlocuzione con le amministrazioni statali competenti al fine di rappresentare loro le ragioni dell'asserita sopravvenuta insostenibilità del completamento del programma di restituzione [...] per eventualmente giungere alla definizione, necessariamente concordata, di un diverso termine finale entro il quale modulare il trasferimento di cassa». Decisione che è in linea con l'orientamento secondo cui:

- l'autonomia legislativa concorrente delle regioni nella gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento delle spese (Corte costituzionale, sentenze n. 91/2012 e n. 193/2007);
- la presenza di due livelli di governo posti a presidio del diritto alla salute - il Sistema Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali- rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze, al fine di realizzare «una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio» (Corte costituzionale, sentenza n.190/2022).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità, reflusso e diabete: verifiche della Regione sulle prescrizioni "inutili"

► Un controllo ha portato a ridurre l'eccesso di ricette per farmaci nelle cure croniche: in alcune aziende sanitarie il taglio è stato anche dell'80 per cento

IL FOCUS

I medicinali per il reflusso e le ulcere gastriche. Poi c'è la semaglutide, un antidiabetico che viene usato anche per perdere qualche chilo di troppo. E i medicinali per la Bpco, le broncopneumopatie, l'enoxaparina (un anticoagulante, contro la trombosi venosa profonda), gli omega 3 e gli oppioidi usati per ridurre il dolore. Questi sono i farmaci che la Regione ha messo sott'occhio per raggiungere una più efficace appropriatezza prescrittiva, evitando cioè tutte quelle prescrizioni eccessive che vanno al di là delle disposizioni previste dall'Aifa, l'Agenzia italiana per il farmaco che si occupa delle indicazioni terapeutiche dei farmaci sulla base delle evidenze scientifiche.

LE CAUSE

Dietro a questo problema ci sono tantissime ragioni. Al netto di qualche medico che cede alle pressanti richieste dei pazienti, sono gli stessi sanitari che denunciano un comportamento sbagliato dei pazienti, che chiedono (talvolta anche al limite delle minacce) le ricette pur non avendo una concreta consapevolezza della funzione del farmaco e delle conseguenze negative di un loro eccessivo uso. Succede, per esempio, quando tantissimi malati cronici non vengono sottoposti a una revisione del loro piano terapeutico e quindi si trovano a

chiedere di continuo, anno dopo anno, lo stesso farmaco che venne magari indicato molto tempo prima da uno specialista. E da lui, poi, non si è più passati. A luglio è iniziato un lavoro portato avanti dalla Direzione Salute e integrazione Sociosanitaria che ha portato a monitorare le prescrizioni degli oltre quattromila medici di medicina generale della Regione. E a fare i conti tra terzo e quarto trimestre emerge quanti medicinali siano stati dati a sproposito. Nelle Asl romane c'è stato un taglio degli assistiti che prendevano troppo semaglutide tra il 77% e l'80%. Di 2.002 medici a cui è stato chiesto di controllare con maggiore attenzione le loro prescrizioni (tra luglio e settembre) questo stesso numero da ottobre a dicembre è passato a 743.

Profonde riduzioni (di oltre il 20%) per la "nota 48", cioè per gli inibitori di pompa protonica, i medicinali usati per il reflusso gastrico. Questi, per esempio, andrebbero presi per un massimo di 8 settimane di fila e capita che i pazienti vadano direttamente dal medico chiedendo con insistenza di poter prolungare la terapia. Ma se presi a lungo possono causare un ridotto assorbimento di farmaci, vitamine, ferro, magnesio, far schizzare in alto il rischio di fratture, demenza e infezioni. Grandi tagli anche per gli oppioidi, che possono essere presi a sproposito nelle terapie del dolore. Qui le autorità sanitarie sono chiare: non si possono prendere con una certa facilità. Spicca il -75% di prescrizio-

ni inappropriate raggiunti a Rieti, il -68% della Asl Roma 6, quella dei Castelli e del litorale Sud. Se nel terzo trimestre del 2023 erano stati accesi i riflettori su oltre 4.279 studi medici, nel quarto si è scesi a 4.147. Quindi, qui sembra esserci più da fare, almeno su base regionale. A breve la Regione farà un nuovo incontro con i medici proprio per fare il punto: non ci sarebbe «un'intenzione sanzionatoria», ma più che altro l'idea di puntare a «una rete che possa aiutare i pazienti ad avere cure adeguate con monitoraggi dei loro piani terapeutici». «Per questo è fondamentale la collaborazione con la medicina generale recentemente rinsaldata attraverso incontri specifici con le rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta». «Ci sono temi da affrontare - spiega Marco Trifogli, presidente di Snam Lazio, una delle associazioni di categoria dei medici di medicina generale - Ci sono casi di persone che vanno in ospedale per un'emicrania, viene dato l'antidolorifico e l'inibitore di pompa. E poi una volta uscite vanno dal medico di medicina generale a chiedere di ri-



petere questo stesso trattamento. Sui farmaci antireflusso c'è un costume generale legato all'eccesso di prudenza. C'è una forte pressione dei pazienti. Credo nel sistema del self audit, perché ci permette di riflettere sugli errori commessi. Noi medici stiamo continuando a dare la massima collaborazione ma più di tanto non possiamo offri-

re perché ci sono casi sempre diversi che vanno presi in considerazione. Valutiamo ogni singolo caso clinico».

**A BREVE
UN NUOVO INCONTRO
CON LA CATEGORIA
«NON C'È
L'INTENZIONE
DI SANZIONARE»**

**LA DENUNCIA:
«I PAZIENTI
SPESSO CHIEDONO
MEDICINE
SENZA CONOSCERNE
GLI EFFETTI»**



In alto, un farmacista al lavoro. La Regione Lazio sta puntando sull'appropriatezza delle prescrizioni dei medicinali



Si aggiungeranno altri 122 dottori al servizio laziale di guardia medica

IL PROVVEDIMENTO

Saranno 122 i medici in più a rafforzare la rete di assistenza territoriale del Lazio della guardia medica. Lo ha stabilito la Regione pubblicando la lista degli incarichi vacanti. Un rafforzamento che inciderà non poco sul servizio dei professionisti che prendono il posto del medico di base durante le notti e nei fine settimana.

DOVE

La squadra crescerà di 18 medici nella Asl Roma 1 (con 9 trasferimenti), di 4 medici alla Asl Roma 2 (con 2 trasferimenti), di 5 nella Asl Roma 3 (con due professionisti che potranno fare servizio nell'area tra il litorale romano e Fiumicino grazie a uno spostamento di servizio). Anche il resto della Città metropolitana ne trarrà giovamento: nella Asl Roma 4 (quella del litorale Nord e che mette insieme Comuni come Civitavecchia, Santa Marinella, Bracciano, Sacrofano, Cerveteri), ne arriveranno 8 in più (di cui quattro trasferimenti).

Il programma più ingente tocca la Asl Roma 5, quella dell'area tra Tivoli, Monterotondo, Guidonia, Subiaco, Palestrina e Colferro. In questo caso arriveranno 29 professionisti in più con 14 trasferimenti. Alla Roma 6, l'azienda sanitaria locale che va da Nettuno a Pomezia e che copre tutti i Castelli Romani ci

sarà un rafforzamento di tre unità (e uno spostamento). Anche nel resto della Regione ci saranno molti più medici inseriti nel piano dell'assistenza primaria della vecchia continuità assistenziale. A Frosinone ne arriveranno in dodici in più (6 si trasferiranno), nove a Latina (di cui quattro entreranno in forza spostandosi da altri territori), quattordici a Rieti (con sette trasferimenti) e 20 a Viterbo (e dieci spostamenti).

Il provvedimento regionale permette ai medici oggi di presentare domanda di partecipazione secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i sanitari. I posti vacanti sono stati individuati dalle singole Asl e poi inoltrati alla Regione che ora, con questo ok definitivo permette di sbloccare le loro istanze.

Il conferimento degli incarichi, secondo quanto previsto dalla Regione, può avvenire in due modi: o per trasferimento (i medici titolari di un incarico simile a tempo indeterminato da almeno due anni) o per graduatoria (con i sanitari che sono inseriti nella lista definitiva della medicina generale valida per il 2024, quindi con le domande

presentate entro il 31 gennaio 2023. Possono prendere parte alla copertura dei posti vacanti anche i giovani medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio dello scorso anno auto-certificando il possesso del titolo proprio quando si trovano a

dover presentare l'istanza.

La carenza dei medici, però, non è solo quella della continuità assistenziale. Per aiutare a colmare anche quella dei dottori di famiglia proprio la Regione qualche mese fa ha di nuovo pubblicato (per il terzo anno consecutivo) un bando che dà la possibilità ai medici militari di poter frequentare il corso di formazione e aprire così nuovi studi sul territorio. L'obiettivo è garantire in questo modo una più ampia copertura delle "zone carenti", cioè quelle dove mancano i professionisti. Molte di queste sono state generate dalle difficoltà del turn over di cui soffre la categoria: alta è l'età media (e, dunque, i pensionamenti) e difficile è trovare forze giovani pronte a sostituirle.

LA CONTINUITÀ

Il servizio di guardia medica a Roma e provincia ha un numero unico (lo 06.58526811) che risponde nelle notti feriali e festive dalle 20 alle 8, il sabato e nei prefestivi dalle 10 alle 20, la domenica e i festivi dalle 8 alle 20.

L'INTERVENTO PIÙ MASSICCIO NELLA ASL ROMA 5: IN ARRIVO 29 PROFESSIONISTI CON 14 TRASFERIMENTI



Il report del Bambino Gesù Abusi sui bambini: 100 nuovi casi all'anno

Al Bambino Gesù registrati oltre 100 nuovi casi l'anno di maltrattamenti e abusi sui minori. In occasione della "Giornata Internazionale dei bambini innocenti vittime di aggressioni" l'ospedale pediatrico della Santa Sede ha fatto il punto sull'esperienza maturata con bambini e ragazzi maltrat-

tati. Sono più di 3.000 i casi registrati nell'ultimo quindicennio.

Carbone a pag. 53



Abusi e violenze sui minori: oltre 100 nuovi casi all'anno

► Il report del Bambino Gesù per la Giornata dei piccoli vittime di aggressioni
Dai danni fisici ai soprusi psicologici: «L'età media di chi li subisce è 12 anni»

I DATI

Al Bambino Gesù registrati oltre 100 nuovi casi l'anno di maltrattamenti e abusi sui minori. In occasione della "Giornata Internazionale dei bambini innocenti vittime di aggressioni" l'ospedale pediatrico della Santa Sede ha fatto il punto sull'esperienza maturata in oltre 40 anni di lavoro con bambini e ragazzi maltrattati. Sono più di 3.000 i casi registrati nell'ultimo quindicennio. L'età media delle vittime è 12 anni. La violenza sui minori si declina in alcune specifiche forme che vanno dal maltrattamento fisico e psicologico alla patologia delle cure, ovvero il tipo di violen-

za che passa dall'incuria all'eccesso di cura come ad esempio la somministrazione di farmaci non necessari. Non accennano a diminuire neanche i casi di violenza assistita ossia del minore che assiste alla violenza esercitata su figure di riferimento come un genitore o un fratello/sorella fino all'abuso sessuale.

LA PROCEDURA

Per intercettare la violenza al Bambino Gesù viene utilizzata una procedura basata sull'analisi di una serie di indicatori. Questo strumento di screening viene applicato ai pazienti che accedono in ospedale in qualsiasi regime assistenziale: pronto soccorso, ricovero ordinario o diurno, ambulatori. In presenza di segni sospetti si attiva un percorso clinico ad hoc. Il caso viene valutato

da un team di specialisti che emette la diagnosi e definisce l'iter di cura più adeguato. I casi di sospetto abuso intercettati ogni anno in pronto soccorso sono in media 80. A questi si aggiungono i casi rilevati durante l'attività ambulatoriale o in regime di ricovero. I piccoli pazienti abusati vengono presi in carico dalla Neuropsichiatria del Bambino Gesù in un day hospital espressa-



mente dedicato alle vittime di violenza, il 'Child Care'. Nello stesso percorso possono confluire anche i minori vittime di un abuso segnalati da strutture esterne come altri ospedali, strutture territoriali o autorità giudiziaria. Oltre il 50% dei pazienti seguiti nel day hospital neuropsichiatrico viene "scoperto" in pronto soccorso. In oltre 40 anni di esperienza il Bambino Gesù ha registrato più di 5.000 casi, il 60% dei quali negli ultimi 15 anni. Nel dettaglio, tra il 2008 e il 2022 sono stati seguiti 3.200 bambini e ragazzi abusati o maltrattati. Oltre 200 all'anno di cui circa 130 nuovi casi e 70 in follow up secondo un trend sostanzialmente costante. Rispetto al tipo di abuso subito, il più frequente è la 'patologia delle cure'. Seguono la violenza assistita, l'abuso ses-

suale e il maltrattamento fisico e psicologico. Nella casistica dell'ospedale pediatrico più dell'80% degli abusi, in tutte le declinazioni, è stato compiuto all'interno della famiglia. Riguardo al genere, le varie forme di violenza vengono esercitate in misura sostanzialmente pari su maschi e femmine eccetto l'abuso sessuale che, nella fascia d'età 7-18 anni, ha un'incidenza 3 volte superiore tra le femmine rispetto ai maschi. A volte a far emergere la violenza sono i disegni dei bambini. Si chiama 'Sorrìdi nel Buoio' il progetto creativo realizzato con un gruppo di bambini tra gli 8 e 12 anni seguiti dalla Neuropsichiatria del Bambino Gesù. Nei disegni dei piccoli c'è un viso sorridente circondato dal colore nero, un coccodrillo che mangia un cuore, un albero rosso sangue, fi-

gure 'spaventose' e persone che urlano. C'è insomma tutto il male che hanno visto o subito. Ma dalla violenza ci si può salvare. Basta chiedere aiuto. La parola chiave, per gli esperti, è prevenzione. Per questo motivo sul portale dell'ospedale della Santa Sede sono disponibili contenuti dedicati ai ragazzi con le informazioni necessarie per riconoscere le situazioni potenzialmente rischiose oltre che le indicazioni dei segnali a cui devono fare attenzione i genitori per intercettare il problema. Per le emergenze c'è poi l'Helpline Lucy 06 6859 2265 attivo tutti i giorni, 24 ore su 24.

Barbara Carbone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**A VOLTE
L'ALLARME
SCATTA PER I DISEGNI
CON FIGURE
SPAVENTOSE
REALIZZATI DAI BIMBI**

**I NUMERI
DELL'OSPEDALE:
«OLTRE L'80 PER
CENTO DEGLI EPISODI
AVVIENE
IN FAMIGLIA»**



Sono più di 100 i nuovi casi che ogni anno vengono registrati al Bambino Gesù di maltrattamenti e abusi sui minori. L'ospedale pediatrico della Santa Sede ha tracciato un bilancio. Per le emergenze è attivo il numero Helpline Lucy 06.6859 2265 attivo 24 ore su 24



Intervista Paola De Rose

«Niente fame e disturbi del sonno: ecco i segnali a cui stare attenti»

Intercettare la violenza per salvare i bimbi. Questa è la mission del percorso "Child Care" guidato da Paola De Rose, neuropsichiatra del Bambino Gesù. **Professoressa quali sono i campanelli d'allarme ai quali prestare attenzione per capire se un bambino è vittima di violenza?**

«Bisogna stare molto attenti ai cambiamenti. Per esempio quando un bimbo ha disturbi del sonno, improvvisa perdita d'appetito oppure, nei ragazzi più grandi, quando si assiste a un significativo calo del rendimento scolastico o quando tendono ad isolarsi o ad essere aggressivi».

Che cicatrici lascia la violenza assistita?

«Gli stessi del maltrattamento diretto. Sono situazioni molto complicate e a volte sommerse. Molto spesso l'unico modo per proteggere i bambini dalla violenza diretta o assistita è collocarli in casa famiglia».

Un bambino abusato può esse-

re un adulto felice?

«La traiettoria di sviluppo può variare. Molto dipende dalle relazioni positive che il bambino avrà quindi dall'affetto della famiglia affidataria o dalla rete amicale. Se queste interazioni positive saranno solide il bimbo può non andare incontro a disturbi mentali».

Come sono i pazienti che accolgiate nel "Child Care"?

«Sono ragazzi che portano nella mente e nel cuore i segni della violenza. Alcuni li esprimono chiudendosi, altri mettendo in atto comportamenti dirompenti. Tutti, però, hanno la possibilità e il diritto di cambiare la traiettoria a cui la vita fino a questo momento li ha esposti. Ed è proprio il compito di noi adulti contribuire alla cura di queste ferite».

Come si guarisce da un abuso?

«Il piano di cura deve essere stabilito da una équipe specializzata sulla base del profilo psicopatologico del bambino e delle risorse della famiglia. Sono necessari interventi di psicoterapia individua-

le ed interventi integrati con gli adulti per la gestione funzionale delle problematiche del bimbo e alla ricostruzione di legami di fiducia».

La violenza è prevalentemente diffusa nelle fasce sociali disagiate?

«Questa è una convinzione sbagliata. La violenza è trasversale. Esiste in tutti gli ambienti. È fondamentale diffondere il messaggio che per salvarsi bisogna saper chiedere aiuto senza vergogna».

B. C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA NEUROPSICHIATRA:
«SI PUÒ GUARIRE
GRAZIE A INTERVENTI
MIRATI CALZATI SUI
PROFILI DI CHI
È STATO COLPITO»**

A destra, la neuropsichiatra Paola De Rose del Bambino Gesù che guida il percorso Child Care che si occupa del trattamento dei piccoli vittime di violenze o maltrattamenti

