

9 dicembre 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

MILANO

Associazioni del terzo settore preoccupate del cambio alla DG Welfare di Regione: "Non si rallentino le misure decise"

I firmatari chiedono di rendere al più presto attuative le indicazioni sul contributo farmaci, sul "contributo CCNL" e di promulgare in tempi brevi le "Regole 2025"

Publicato il 06 Dicembre 2024



Il mondo delle residenze e delle realtà socio sanitarie lombardo è preoccupato. Il cambio alla guida della Direzione generale Welfare di Regione Lombardia rischia di rallentare l'applicazione dei risultati ottenuti ai tanti tavoli: dall'aumento del contributo farmaceutico alle rsa ed alle rsd, al riconoscimento economico degli aumenti del costo del lavoro, alle regole di sistema sociosanitario 2025 per comprendere se, con tali regole, si implementerà o meno l'offerta di servizi ed il riconoscimento economico a fronte delle curve di invecchiamento della popolazione lombarda.

Le principali associazioni di categoria hanno così scritto al **nuovo dg Mario Melazzini che ha preso il posto di Claudio Cozzoli trasferito all'improvviso ad altro incarico:**

è doveroso, in primo luogo, porgere le nostre più sincere congratulazioni al Dottor Mario Melazzini per la nomina a Direttore Generale. Siamo certi che la sua comprovata esperienza, professionalità e dedizione saranno di grande valore per la Sanità in Lombardia. Gli auguriamo grandi risultati in questo importante incarico, dal quale peraltro dipende anche il nostro modo di corrispondere alle attese di tanti cittadini lombardi; infatti, le associazioni firmatarie rappresentano ben oltre il 90% dei gestori di tutti i servizi sociosanitari lombardi.

La fiducia che abbiamo nei riguardi di tutti voi ci permette di esprimerci con sintetica trasparenza. **Ci troviamo in una fase di passaggio tra la fine del 2024 e l'inizio del 2025**, e nei recenti mesi alle nostre spalle abbiamo lavorato

intensamente e anche abbastanza proficuamente con la Direzione Generale Welfare per mettere a punto urgenze economiche e intercettare diversi obiettivi segnalati dal PNRR, dal DM77 e dal nuovo Piano Sociosanitario della Lombardia.

Si è trattato di un pressante impegno volto in particolare all'attuazione della DGR 1513/2023 (con focus sul "contributo Farmaci"), della DGR 2966/2024 (con focus sul "contributo per i CCNL"), per poi arrivare alle "Regole di Sistema per il 2025" del Servizio Sanitario Regionale entro la scadenza prevista dalla normativa regionale, ossia secondo una tempistica che rifletta **le necessità programmatiche e di appropriatezza erogativa di tutti gli attori del Sistema.**

Ci preme sottolineare che ci guida un sincero spirito collaborativo, in una fase di profonda trasformazione del nostro settore, la cui centralità è ormai universalmente riconosciuta. Con tale spirito **richiediamo di rendere al più presto attuative le indicazioni sul “contributo farmaci” e sul “contributo CCNL” e di promulgare in tempi brevi le “Regole 2025”** per far sì che i nostri associati possano predisporre per tempo alle nuove linee regionali. Nel contempo, riteniamo opportuno richiedere un incontro al Dottor Melazzini sia per congratularci personalmente sia per aggiornarlo sul lavoro fin qui condotto al fine di costruire il futuro migliore della rete territoriale lombarda.

Agespi – Aiop – Alleanza Cooperative italiane wiWelfare
Lombardia – Anaste Lombardia – Anffas Lombardia – **Aris**
Lombardia – Arlea – Confcommercio Salute Sanità e Cura
Lombardia – Federazione Cure Palliative Lombardia – Uneba
Lombardia

Redazione VareseNews
redazione@varesenews.it



VALLEVERDE

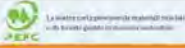
la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo

VALLEVERDE



Lunedì 9 dicembre 2024

Oggi con Affari&Finanza

Abbon. N. 01 in Italia €1,70

SIRIA

La caduta di Damasco

I ribelli jihadisti conquistano la capitale, festa nelle strade e blitz nelle ambasciate. Tajani: italiani al sicuro. Il regime si dissolve dopo 54 anni. Al Jolani: "Vittoria della nazione islamica, il futuro è nostro". Raid Usa contro l'Isis. Assad fugge a Mosca, Putin gli concede asilo politico. Biden: sarà punito

Chi vince e chi perde

di Maurizio Molinari

La caduta del brutale regime di Bashar al Assad è una scossa che modifica il Medio Oriente attorno a una novità strategica: vince Ankara mentre a essere sconfitte sono Teheran e Mosca. Il successo della Turchia di Recep Tayyip Erdogan è descritto da quanto avvenuto negli ultimi dieci giorni: i ribelli siriani guidati da Abu Mohammed al Jolani si sono mossi da Idlib, l'enclave filo-turca nel Nord-Ovest del Paese garantita dal 2020 da un patto Mosca-Ankara, grazie a un coordinamento fra gruppi islamici, discendenti di Al Qaeda, l'Esercito libero siriano (Fsa) e fazioni armate filo-turche reso possibile da copertura politica e sostegno militare turco. Anche grazie alle enclaves turche nel Nord siriano frutto dell'invasione del 2017, Ankara ha così ripetuto contro Assad il successo ottenuto in Nagorno-Karabakh dove favorì alla fine del 2023 - con un impegno militare ancor più diretto - la vittoria degli alleati azeri contro l'Armenia.

continua a pagina 22



ANADOLU/GETTY

La capitale siriana cade nelle mani dei ribelli jihadisti. Il leader al Jolani: «Vittoria islamica, il futuro è nostro». Festa nelle strade. Bashar al Assad fugge a Mosca con la famiglia. Putin gli concede l'asilo. Il presidente Usa Biden: sarà punito.

di Brera, Cafèrri, Candito Castelletti, Colarusso Di Branco, Franceschini Lombardi, Mastrolilli, Tito e Tonacchi

Il comandante del Califato

di Gianluca Di Feo

Il leader jihadista che ha travolto il regime siriano non ha più bisogno di un nome di battaglia.

a pagina 6



Al Jolani



Assad

Il dittatore sanguinario

di Tahar Ben Jelloun

Come accadde dopo la fuga di Saddam, il palazzo di Assad è stato invaso dai "ribelli-liberatori".

a pagina 22

Advertisement for Montura featuring a person in winter gear and the text 'Wherever you go. L'inverno apre nuovi orizzonti. Scopri l'avventura di Hervé Barmasse su montura.com'.

Il voto

5Stelle, superato il quorum il partito a Conte

ROMA - La ripetizione del voto della base del Movimento 5 Stelle richiesta da Beppe Grillo ha confermato e anzi peggiorato l'esito di due settimane fa: l'80,5 per cento approva la cancellazione della figura del garante. «Ora si volta pagina. Il Movimento si rifonda sulle indicazioni arrivate con Nova dagli iscritti». Così Conte commenta l'esito della votazione. «Andiamo avanti con grande forza».

di Pucciarelli a pagina 17

Mappe

La nostra Tangentopoli quotidiana

di Ilvo Diamanti

Oggi è la Giornata internazionale contro la corruzione, approvata dall'Onu. Una ricorrenza che ci riguarda direttamente, in quanto in Italia la corruzione persiste e resiste negli anni. Dall'epoca di Tangentopoli. Anzi, rispetto ad allora si è diffusa. È questa l'opinione condivisa da un'ampia maggioranza di cittadini.

a pagina 18

L'allarme

Virus dal Congo un caso sospetto in Toscana

LUCCA - Primo allarme in Italia per il virus dal Congo. A Lucca un caso sospetto. Un uomo di rientro dal Paese africano è stato ricoverato nei giorni scorsi e già dimesso. Aveva sintomi riconducibili alla malattia non identificata che sta colpendo una regione congolese. «È stato ricontattato per accertamenti ma a oggi non c'è pericolo di contagio», ha spiegato un responsabile dell'ospedale.

di Bocci e Monaco a pagina 19

CORRIERE DELLA SERA

KES

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

DEL LUNEDÌ

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



DATARO M
La simpatia per gli autocrati
di Francesco Battistini
e Milena Gabanelli

Quando i leader della destra usano la parola «libertà», e la usano spesso per dire che viene minacciata, la contrappongono alla parola «comunisti». Ma di quali libertà parlano? E a quale comunismo si

riferiscono? Negli Stati Uniti Donald Trump ha ripetuto per mesi che la sua elezione «non era una scelta fra democratici e repubblicani, ma una scelta fra comunismo e libertà».

continua a pagina 16



LA SIRIA, IL REGIME

La caduta di Assad

I ribelli a Damasco: «Vittoria del mondo musulmano». Il leader al-Jolani bacia la terra
L'ex presidente fugge a Mosca, avrà asilo politico. Raid Usa, colpiti 75 obiettivi dell'Isis

da pagina 2 a pagina 13

COSÌ SOLDATI SI SONO ARRESI

di Andrea Nicastro

Damasco è libera. I soldati di Bashar al-Assad hanno ceduto le armi. Non è un modo di dire, hanno proprio consegnato kalashnikov e caserme ai ribelli e se ne sono andati.

continua alle pagine 2 e 3

GIANNELLI



NON HA PERSO SOLO IL DESPOTA

di Federico Rampini

Su chi ha il privilegio di vivere in società democratiche, i regimi autoritari possono esercitare un diabolico fascino: talvolta siamo ammirati di fronte alla loro stabilità, durata, governabilità.

continua a pagina 38



Fine di una dinastia, a Damasco un ribelle calpesta la testa della statua abbattuta di Hafez Assad, il padre di Bashar fuggito a Mosca

IN PRIMO PIANO

LE ETNIE, LO SCENARIO

Stato-mosaico: i rischi

di Guido Olimpio alle pagine 8 e 9

IL LEGAME E LA STRATEGIA

Lo zar, l'asse e la ferita

di Marco Imarisio a pagina 9

L'INTERVISTA AL MINISTRO TAJANI

«E adesso garanzie»

di Paola Di Caro a pagina 11

Addio al garante Conte festeggia Voto-bis del M5S: cancellato Grillo L'idea di liste rivali

di Emanuele Buzzi e Franco Stefanoni

Raggiunto il quorum nel voto-bis del M5S: cancellato il garante Grillo. Conte festeggia. L'idea di liste rivali per il fondatore.

alle pagine 14 e 15

FRANCIA: LA RIAPERTURA, L'IDENTITÀ

Notre-Dame, la cattedrale che ferma il Paese più laico

di Aldo Cazzullo

Alla fine il Paese più laicista e secolarizzato d'Europa si è fermato, inorgogliito, emozionato per la riapertura di una chiesa.



continua a pagina 38

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia

I calendari dell'Avvento

Tutti vogliamo una vita avventurosa, perché niente deprime come la ripetitività e la noia, ma sembra che solo i bambini riescano a trovare avventure ovunque. Forse perché la parola avventura oggi è ridotta allo straordinario, se riferita alla vita, all'effimero, se riferita all'amore: emozioni intense ma passeggero. Con il senso della parola avventura abbiamo forse perso anche «il senso dell'avventura»? Vogliamo avventure, ma senza troppi rischi, che però è come decidere di non camminare per paura di inciampare. Colloidi poteva ancora intitolare il suo libro «Le avventure di Pinocchio» per indicare un percorso di formazione: che cosa fare per diventare uomini e non rimanere teste e cuori di legno?



Questo periodo dell'anno può allora servire ad aggiustare una parola scassata, perché «avventura» viene da «avvento» (venuta), cioè i giorni che, nel calendario cristiano, preparano la Nascita (Natale). I calendari d'Avvento, con dolci e sorprese, dovrebbero scandire più che le calorie l'attesa della (ri-)nascita, cosmica (la luce torna a prevalere sul buio), cioè personale e collettiva. Non bastano alberi, luci e regali per vivere «avventurosamente», cioè per nascere di più. E poiché Natale è l'unico compleanno in cui sono gli invitati, non il festeggiato, a ricevere regali, che avventura ci serve per riceverli davvero? E che cosa dobbiamo regalarci a vicenda?

continua a pagina 35

SPADA Merry Christmas spadaroma.com

41208
9 771120 491008
Peter Calvesi Sped. in A.P. - DL 35/2003 (conv. L. 46/2004) art. 1, L.1. DiE-Milano

L'AMBIENTE

L'Europa abbandona il lupo alla ferocia dell'essere umano

MARIO TOZZI



Non c'è ragione per saltare come necessario il declassamento del lupo europeo da «rigorosamente protetto» a semplicemente «protetto». -PAGINA 21

LA RELIGIONE

Se Vangelo e Costituzione marciano assieme per i diritti

VLADIMIRO ZAGREBELSKY



Sfuma nell'irrelevante abituale divisione o contrapposizione tra campo laico e quello religioso con il corredo di ambienti e di linguaggi adottati. -PAGINA 27



LA STAMPA



LUNEDÌ 9 DICEMBRE 2021

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.340 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



I RIBELLI SI PRENDONO IL PAESE E PROCLAMANO IL NUOVO CORSO: NON SAREMO SCHIAVI DELL'IRAN. TRUMP VUOLE RITIRARE PARTE DELLE TRUPPE USA

“Siria all’Islam”

AGASSO, AMABILE, PACI, SEMPRINI, SIMONI, STABILE, ZAFESOVA



La fuga di Assad tra le braccia di Putin
FABIANA MAGRÌ

“Era un mattatoio, ora siamo liberi”
FRANCESCA MANNOCCHI

LA CULTURA

La Nobel Han Kang “Che cos’è l’amore? Il filo d’oro che lega il cuore di tutti noi”

HAN KANG



Lo scorso gennaio, mentre passavo in rassegna il mio ripostiglio in vista di un imminente trasloco, mi sono imbattuta in una vecchia scatola di scarpe. L’ho aperta e vi ho trovato dentro numerosi diari risalenti alla mia infanzia. Nella pila di quaderni c’era un libricino con le parole Libro delle poesie vergate a matita sulla copertina. Il libricino era snello: cinque fogli di cartagrezza A5 piegati. -PAGINA 28

LA POLEMICA

Valerio, il caso Caffo e la coerenza umiliata

SIMONETTA SCIANDIVASCI

Bisogna assomigliare alle parole che si dicono. Lo ha scritto Stefano Benni in Saltatempo. Assomigliare alle parole che si dicono, una volta smaltiti gli anni Ottanta, è diventato uno dei problemi tra i più grossi e meno affrontati della sinistra (italiana, ma non solo), ed è il principio al quale più viene chiesto, purtroppo invano, di attenersi. Assomigliare alle parole che si dicono è richiesto, negli ultimi anni, talvolta in modo feroce e cicco, persino ottuso, ad artisti, scrittori, intellettuali, amministratori delegati, attivisti, influencer, fiere del libro. -PAGINA 29

L'ANALISI

Terremoto Medioriente il nuovo risiko mondiale

STEFANO STEFANINI

La caduta di Bashar Assad non è una brutta notizia. Non per la grande maggioranza dei siriani, non certo per i milioni di loro (tre solo in Turchia) rifugiati all'estero. -PAGINA 24

IL LEADER

Al-Joulani, le promesse dei fanatici violenti

DOMENICO QUIRICO

Adesso che non c'è più Lui, qualcuno dei capi supremi promette: basta kalashnikov, ora che vi ho liberati torno a fare lo studente, l'operaio, il contadino. -PAGINA 5

L'INTERVISTA

Crosetto: l'Ue è debole Erdogan ha più potere

ALESSANDRO DE ANGELIS

«L'Ue è la grande addormentata nel bosco. Stanca e poco attraente. E l'Europa delle burocrazie, in mano a gente mai uscita da Bruxelles», dice Guido Crosetto. -PAGINA 8

LE IDEE

La seconda era Donald e la nostalgia di Merkel

Veronica De Romanis

Adesso Macron spera negli eredi di De Gaulle

Eric Jozsef



IL CINEMA

Guccini: amo i film western e sogno con Robin Williams

STEVE DELLA CASA

Sicuramente il fatto che l'incontro si svolgesse a Porretta Terme, a due passi dal suo buen retiro di Pavana, è stato decisivo per convincere Francesco Guccini a partecipare a un incontro pubblico nel quale raccontare cosa pensa del cinema. Ma ha avuto un ruolo importante anche la natura del festival. -PAGINA 22



LA MUSICA

Gli ottant'anni di Morandi: mi regalo un pezzo con Jova

FEDERICO TADDA

«Sai cosa ho fatto il 16 agosto del 1962?». «No, Gianni, cos'hai fatto?». «Ho fatto l'amore, per la prima volta». «E cosa ricordi?». «La schiena piena di zanzare». Ride, come solo lui sa ridere. Generoso, avvolgente, trascinate. Autentico e discoloro, vero e vivace. Un patrimonio di popolarità. -PAGINA 23



ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502

VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLI OGGETTI





Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 329
Sped. in AP. 03/33/2003 con L.46/2004 art.1 c) DC/09

NAZIONALE



Lunedì 9 Dicembre 2024 • S. Siro

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [IL MESSAGGERO.IT](#)

Il manuale di Pollan

Mangiare tutto e senza divieti per vivere meglio

Ottaviano a pag. 25



Ora in vetta c'è l'Atalanta

Lazio spacca Napoli eurogol di Isaksen festa biancoceleste

Abbate, Dalla Palma e Tina nello Sport



La F1 torna nel 2025

Il titolo costruttori va alla McLaren ma la Ferrari c'è

Ursicino nello Sport



A Damasco la fine di un'egemonia familiare durata 54 anni. I rivoltosi: «Vittoria della nazione islamica». Putin concede l'asilo a Bashar



L'editoriale

LA RIGIDITÀ CHE CONDANNA I DITTATORI

Alessandro Campi

Un tema tragicamente affascinante nel campo degli studi politici è da sempre quello relativo alla crisi. (...)
Continua a pag. 17

La Siria ai ribelli Assad fugge a Mosca

L'uomo nuovo

Al-Jolani, le ombre sull'ex jihadista che fa il moderato

Ventura a pag. 4

Le tensioni

Ambasciata italiana, il blitz dei miliziani «Nessuna violenza»

A pag. 6

Il commento

IL MEDIORIENTE IN CRISI, LE COLPE DELL'OCCIDENTE

Giovanni Castellaneta

La fine del regime di Assad in Siria, collassato improvvisamente nel giro di pochi giorni, affonda in realtà le sue radici in un passato molto lontano.
Continua a pag. 17

Il leader dell'HTS Al-Jolani a Damasco (Foto AFP) Evangelisti, D'Amato, Gerah, Paura, Pierantozzi, Sabudin e Vita da pag. 2 a pag. 7

I giudici: giovamento alla guarigione

In malattia cantava al piano-bar

La Cassazione: non va licenziato

Valeria Di Corrado

Il detto "canta cheti passa" si addice a un dipendente della Compagnia Trasporti Lazzali (Cotral) che, pur avendo presentato un certificato di malattia perché affetto da una sindrome di ansia, era andato la sera a cantare in un piano bar (una sorta di secondo la-

voro). La Cassazione infatti, il 29 novembre scorso, ha confermato la sentenza con cui due anni prima la Corte d'appello di Roma aveva decretato che questa attività canonica «potrebbe giovare alla guarigione» del lavoratore e, di conseguenza, che l'azienda lo aveva licenziato in modo illegittimo.
A pag. 15

Oggi in Cdm

Milleproroghe, i contratti a tempo restano più facili

Andrea Bassi

Contratti a tempo più facili: per un altro anno sarà possibile assumere a termine per periodi superiori a 12 mesi. Il decreto Milleproroghe oggi sarà esaminato in Consiglio dei ministri.
A pag. 13

Donald attacca la Nato. Meloni dopo il summit: sarà pragmatico

Il pressing di Trump sull'Ucraina

«Taglio gli aiuti, Zelensky tratterà»

ROMA Kiev, Trump «vede» la pace: «Conosco Putin, ci penso io». Sulla Nato: «I Paesi paghino i loro conti». L'ottimismo di Palazzo Chigi dopo l'incontro di Meloni con Donald: sui dossier principali (da Kiev ai dazi) farà meno strappi di quello che si può pensare.
Bechis e Mulvoni alle pag. 8 e 9

Costituente M5S, raggiunto il quorum

Conte batte ancora Grillo

E ora il garante è fuori

Pucci a pag. 11



A Piazza di Spagna



Il Papa, il Giubileo e l'elogio dei cantieri

«La Capitale è viva»

Franca Giansoldati

Il Papa in piazza di Spagna per la festa dell'Immacolata: «Lavori del Giubileo, un segno che Roma è viva».
A pag. 16

PRIMI SINTOMI INFLUENZALI

PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.

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

Il Segno di LUCA

VERGINE, APRITI AI SENTIMENTI

La configurazione ti offre una via alternativa per uscire dallo schema di contrapposizione di questi giorni. È un'apertura significativa che dischiude tutto un ventaglio di possibilità, ma perché questo sia possibile devi aprirti ai sentimenti e all'amore, rimettendolo al centro della tua attenzione. Lascia da parte per un momento la tua razionalità e accogli il sogno e la fantasia. L'immaginazione ti guida nella ricerca del tesoro.
MANTRA DEL GIORNO
La rigidità per proteggere imprigiona.

L'oroscopo a pag. 17

* Tandem con altri quotidiani (non acquistabili separatamente): nella provincia di Mestre, Lucca, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia € 1,20; la domenica con l'Entertainment € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Giornale dello Sport Stadio € 1,40; nel Lazio, il Messaggero - Primo Piano € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia - Giornale dello Sport Stadio € 1,50; «Roma strepitata» € 0,90 (solo Roma); «L'ora dei gladiatori - Vol. 2» € 0,90 (solo Roma)

IL FATTO Accolto in parte un ricorso della Regione Campania, bocciato un articolo della Finanziaria 2024

«Prima c'è la salute»

La Corte costituzionale: no ai tagli sulla sanità se le risorse possono essere recuperate da altri settori meno prioritari. Balduzzi: il principio vale per tutti i servizi primari

In un contesto di risorse scarse, «per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli eurounitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte» prima di agire con tagli sulla sanità. La Corte costituzionale entra a pieno titolo sui meccanismi che regolano il bilancio dello Stato, ribadendo l'intento prioritario di «garantire il fondamentale diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione». È il succo della sentenza n. 195 resa nota ieri, emanata - su ricorso della Regione Campania - per dichiarare l'illegittimità di una norma della legge di Bilancio per il 2024. Per l'ex ministro Balduzzi lo stesso principio va applicato a tutti i servizi primari.

Carucci, Fatigante e Picariello a pagina 5

La Consulta difende il diritto alla salute «Prima della sanità tagliare altre spese»

MAURIZIO CARUCCI
Roma

In un contesto di risorse scarse, «per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli eurounitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte» prima di agire con tagli sulla sanità. Con un inedito intervento, la Corte costituzionale entra a pieno titolo sui meccanismi che regolano il bilancio dello Stato, ribadendo l'intento prioritario di «garantire il fondamentale diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta *out of pocket* (di tasca propria, ndr)».

È il succo della sentenza n. 195 resa nota ieri, emanata - su ricorso della Regione Campania - per dichiarare l'illegittimità di una norma della legge di Bilan-

cio per il 2024, che interveniva in caso di mancato versamento dei contributi dovuti allo Stato da parte delle Regioni nell'ambito della nuova *governance* economica europea. Accogliendo in parte il ricorso dell'ente guidato dal dem Vincenzo De Luca la sentenza, scritta dal giudice Luca Antonini, puntualizza che, nemmeno nel caso in cui la Regione non abbia versato la propria quota, lo Stato può rispondere tagliando risorse destinate alle spese «costituzionalmente necessarie», tra cui quelle sanitarie e sociali, ma deve tagliare prima altre spese meno «urgenti». Il diritto alla salute, infatti, «coinvolgendo primarie esigenze della persona umana», non può essere sacrificato «fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità». Inoltre la sentenza sollecita il legislatore, al fine di «scongiurare l'adozione

di «tagli al buio», ad «acquisire adeguati elementi istruttori sulla sostenibilità dell'importo del contributo da parte degli enti ai quali viene richiesto e a non trascurare, per garantire maggiore effettività al principio di leale collaborazione, il coinvolgimento della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica». Infine, citando una propria sentenza precedente del 2016, la Consulta ribadisce che è «la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di



questo a condizionarne la doverosa erogazione». È stata infine dichiarata l'illegittimità della legge n. 213 del 2023, laddove non prevede che il decreto del ministro della Salute, sulle somme del Fondo per i test di diagnosi sulle malattie rare sia adottato d'intesa con la Conferenza permanente tra Stato e Regioni. La decisione dei giudici della Consulta è destinata così a riaccendere il mai sopito dibattito sui tagli al servizio sanitario, già al centro di una disputa dai toni accesi anche al momento del varo dell'ultima manovra, con il governo che si difendeva sostenendo il primato storico di questa voce di spesa in valori assoluti (136,48 miliardi per il 2025), mentre le opposizioni imputano al centrode-

stra di averla ridotta in rapporto al Prodotto interno lordo, portandola al 6.05% da oltre il 7%. Per la senatrice Pd Beatrice Lorenzin, ex ministra della Sanità, la Corte costituzionale «richiama tutti a una riflessione: la sanità non è solo una voce di bilancio, ma un pilastro della coesione sociale. Tagliarla significa mettere a rischio la sostenibilità futura del sistema Paese». Il responsabile Welfare di Azione, Alessio D'Amato, lancia una proposta: «Sarebbe importante discutere della necessità di un vincolo costituzionale di finanziamento minimo per garantire i livelli essenziali di assistenza». Si aggancia alla stretta attualità, per Italia Viva, la senatrice Daniela Sbrollini, per la quale siamo davanti «non solo a una bocciatura del-

la manovra dello scorso anno, ma anche a un monito al governo per quella in discussione alla Camera». E anche per M5s la Corte costituzionale ha inflitto al governo Meloni «una decisa bocciatura che suona come un vero e proprio sonoro schiaffone».

LA SENTENZA

La Corte costituzionale ha accolto in parte un ricorso della Campania sulla manovra 2024: il governo recuperi fondi prima da altri impieghi, no «tagli al buio» «Imprescindibile» tutelare i più deboli



Tra diritti e bilancio

Il Pd, con Lorenzin: ridurre gli investimenti sanitari mina la sostenibilità del Paese. E Azione lancia la proposta di stabilire un «vincolo in Costituzione» sulla spesa minima. Per M5s «un sonoro schiaffone» all'esecutivo



INTERVISTA ALL'EX MINISTRO DELLA SALUTE

«Un invito a guardare dentro ai numeri»

Renato Balduzzi: «Per assicurare servizi ai più fragili non basta una legge di Bilancio votata di corsa»

ANGELO PICARIELLO

«**Q**uesta sentenza del Palazzo della Consulta non stabilisce principi nuovi, ma richiama tutti gli attori istituzionali a fare la propria parte per assicurare nel concreto i servizi ricollegati a spese definite "costituzionalmente necessarie"», spiega Renato Balduzzi. Parla da costituzionalista dell'Università Cattolica, ma anche da ex ministro della Salute: «È il classico caso in cui dietro un provvedimento tecnicamente molto complesso si cela, nemmeno tanto nascosta, una ricaduta molto rilevante per i cittadini, specialmente i più fragili. Avendo ben presente che, quando si parla di salute, la malattia rende fragili anche categorie di persone che pensavano di non esserlo».

In sintesi: tagli "lineari" addio?

Questo era stato già stabilito con diverse sentenze della Consulta, in particolare lo affermava la nr. 169 del 2017 che, pur non escludendoli in linea di principio, ha introdotto il concetto di "prestazioni costituzionalmente necessarie", che possono essere ridotte dopo che si è intervenuti su altre spese.

Che cosa è accaduto poi?

La legge di Bilancio del 2024, nel richiedere anche alle Regioni di concorrere al riequilibrio della finanza pubblica, escludeva che ciò potesse avvenire tagliando i diritti sociali.

Questa sentenza ha accolto solo in

parte il ricorso della Campania. Che cosa ha stabilito?

In base al principio di responsabilità finanziaria ha ritenuto infondata l'obiezione della Regione poggiante sul fatto di avere già in corso un piano di rientro. Ma la stessa legge di Bilancio conteneva una contraddizione, perché ove la Regione non avesse versato il proprio contributo permetteva allo Stato di recuperarlo riducendo le risorse a qualsiasi titolo spettanti alle Regioni, dunque anche riducendo le spese concernenti i diritti sociali, la famiglia e la salute. E questo è stato dichiarato incostituzionale.

A monte c'è la complicatissima procedura che attribuisce, Regione per Regione, l'entità dei sacrifici, oggetto di continue contrapposizioni politico-istituzionali.

La Corte non ha fatto altro che ricordare a tutti che a pagare, alla fine, non possono essere i cittadini.

Si parla di sanità, ma il principio potrebbe essere esteso ad altre materie?

Sicuramente, lo stesso principio vale per i diritti sociali da assicurare a tutti.

Una decisione del genere cade nel pieno di una difficile sessione di Bilancio. Con quali conseguenze?

Si coglie un invito, piuttosto esplicito, a non sottrarre al confronto parlamentare una valutazione approfondita delle conseguenze concrete sull'erogazione dei servizi scaturenti dall'approvazione della legge di Bilancio. E a far funzionare la conferenza permanente

per il coordinamento della finanza pubblica, cioè un luogo di confronto tra Stato, Regioni ed autonomie locali.

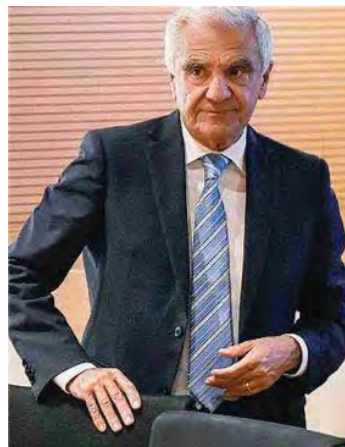
È un monito che si aggiunge a quelli del capo dello Stato, finora però rimasti sempre inascoltati?

Se tagli al buio non sono più possibili in base alle norme adottate in ottemperanza ai pronunciamenti della Consulta, si impone la necessità di favorire una trasparente valutazione parlamentare nei tempi e nei luoghi idonei, a partire dall'esame in commissione. C'è poi una affermazione ulteriore, un *obiter dictum*, come si dice, fatta per inciso, che definisce imprescindibile l'esigenza di tutelare le fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla parte di spesa che viene accollata alla contribuzione del cittadino. Qui la Corte si mette dalla parte del paziente che, anche quando non è indigente in senso stretto, può diventare all'improvviso nel vedersi accollare spese ingenti per cure necessarie, specie se per malattie croniche.

Ne deriva anche un richiamo alla responsabilità del Parlamento, ultimamente quasi rassegnato alla marginalizzazione.

La Corte si rivolge al Parlamento, ma anche al governo, perché entrambi stiano molto attenti. Dietro le "prestazioni costituzionalmente necessarie", oltre i numeri, ci sono servizi irrinunciabili da garantire a tutti, a partire dai più deboli. Ancora una volta, la Costituzione e il suo garante giurisdizionale, ossia la Corte Costituzionale, sono una bussola per tutti.

«Per il costituzionalista della Cattolica «il principio, applicato alle spese sanitarie vale per tutti i servizi costituzionalmente necessari»



I NODI DELLA SALUTE

La Consulta: troppi tagli alla sanità E parte la petizione contro le tariffe

Sbraga a pagina 13

NEL MIRINO LA LEGGE DI BILANCIO

«Tagli alla sanità extrema ratio Prima sacrificare altre spese»

*La Corte Costituzionale sul ricorso della Regione Campania
Contro la riduzione al comparto al via una petizione di Uap*

ANTONIO SBRAGA

●●● Primum vivere: «Devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, prima di sacrificare quelle per la sanità». Il taglio delle spese salva-vita, insomma, può essere solo l'extrema ratio, l'ultima soluzione da adottare per i problemi della finanza pubblica. È questo il monito della Corte Costituzionale contenuto nella sentenza sul ricorso presentato dalla Regione Campania contro alcuni articoli del Bilancio di previsione dello Stato e quello pluriennale 2024-2026. Perché, anche in un contesto di risorse scarse, «per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il "fondamentale" diritto alla salute di cui all'art. 32 Costituzione, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in

grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out of pocket», sottolinea la Consulta. La quale ha quindi dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1 della legge di bilancio per il 2024, ma solo nella parte in cui non esclude dalle risorse che è possibile ridurre a seguito del mancato versamento del contributo dovuto da parte delle Regioni, «quelle spettanti per il finanziamento dei diritti sociali, delle politiche sociali e della famiglia, nonché della tutela della salute». Tutto ciò in quanto, specifica la Corte, «nemmeno nel caso in cui la Regione non abbia versato la propria quota del contributo alla finanza pubblica, lo Stato può "rispondere" tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria - già, peraltro, in grave sofferenza per l'effetto, come si è visto, delle precedenti stagioni di arditi tagli lineari - dovendo quindi agire su altri versanti che non rivestono il medesimo carattere». Proprio per

ché è dirimente il diritto alla salute, «coinvolgendo primarie esigenze della persona umana», per la Corte Costituzionale non può essere sacrificato, almeno «fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità». Ma è sin dal 2016, ricorda la Consulta, che «questa Corte ha affermato che è "la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». E altre sentenze, sia nel 2017 che nel 2021, hanno ribadito il concetto «in reazione a una prassi legislativa troppo incline a effettuare pesanti "tagli lineari" anche sulla sanità». Per



questi motivi nel 2017 la Consulta ha introdotto «la nozione di spesa costituzionalmente necessaria», perché spesso di vitale importanza per i cittadini. E adesso proprio contro i tagli al comparto sanitario, appor- tati dal nuovo nomenclatore tariffario, è partita una petizione, promossa dall'Unione Nazionale Ambulatori, Poliambulatori, Enti e Ospedalità privata (Uap). «Un Ecocolor dop- pler arterioso o venoso arti inferiori verrà rimborsato 47 euro», spiega Uap. Men-

tre il precedente tariffario «prevedeva un rimborso di 87,80 per ciascun esame (43,80 per 2). In sostanza, con il nuovo tariffario il costo di 47 euro sarà previsto per eseguire tutti e due gli esami al posto di uno solo, come era previsto prima». Due prestazioni al prezzo di uno e, peraltro, conclude l'Uap, «occorre sottolineare che questi esami richiedono l'esecuzione da parte di uno specialista con apparecchiature di primo livello, per le quali occorre considerare tutte le spese di gestio-

ne delle corrette procedure e della struttura. Tutto questo in un momento in cui c'è sempre maggiore bisogno di specialisti e appropriatezza delle attività diagnostiche per salvare la vita ai cittadini italiani».



6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

SENTENZE

S
24

Corte costituzionale/ Devono essere ridotte le altre spese indistinte prima di sacrificare quella per la Sanità

di Radiocor Plus

In un contesto di risorse scarse, “per far fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro-unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il ‘fondamentale’ diritto alla salute di cui all’articolo 32 della Costituzione, che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out of pocket”. Si legge nella

sentenza n. 195 del 2024 con cui la Corte costituzionale ha deciso il ricorso della Regione Campania contro la Legge di bilancio 2024 e pluriennale per il triennio 2024-2026 (art. 1, commi 527 e 557, legge 30 dicembre 2023, n. 213)

La Corte ha dichiarato non fondate questioni che riguardano la legittimità della misura, le modalità e la durata del concorso delle Regioni agli obiettivi di finanza pubblica, stabilite dalla Manovra nelle more della nuova governance economica europea, che, peraltro, mostrano la volontà del legislatore di non far gravare il contributo sulle spese relative alla missione Diritti sociali, politiche sociali e famiglia e alla missione Tutela della salute.

La sentenza ha però sollecitato il legislatore al fine di “scongiurare l’adozione di ‘tagli al buio’, ad ‘acquisire adeguati elementi istruttori sulla sostenibilità dell’importo del contributo da parte degli Enti ai quali viene richiesto e a non trascurare il coinvolgimento della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica”.

La sentenza ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 1 nella parte in cui non esclude dalle risorse che è possibile ridurre, a seguito del mancato versamento del contributo da parte delle Regioni, quelle spettanti per il finanziamento dei diritti sociali, delle politiche sociali e della famiglia e, in particolare, della tutela della salute. Questo perché “nemmeno nel caso in cui la Regione non abbia versato la quota del contributo, lo Stato può rispondere tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria - già in grave sofferenza per l’effetto delle precedenti stagioni di arditi tagli lineari - dovendo quindi agire su altri versanti: il diritto alla salute non può essere sacrificato “fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi”.

Da ultimo, la sentenza della Consulta ha dichiarato l’illegittimità costituzionale del comma 557 dell’art. 1 della legge n. 213 del 2023, nella parte in cui non prevede che il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle



finanze, diretto a individuare i criteri e le modalità di riparto, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle somme, del "Fondo per i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare", sia adottato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL REPORT

LE 350MILA FAMIGLIE
CHE RINUNCIANO
A CURARSI AL SUD

di Luciano Buglione

II

NEL SUD 350 MILA FAMIGLIE
RINUNCIANO ALLE CURE

Prestazioni sanitarie, i dati della Fondazione Gimbe: l'8,6% nelle due isole, il 7,3% nelle 6 regioni meridionali. Cresce la spesa «di tasca propria»

di Luciano Buglione

Quattro milioni e mezzo di persone nel 2023 in tutta Italia hanno rinunciato alle visite specialistiche e agli esami diagnostici pur avendone bisogno. La causa è da ricondurre in certi casi a motivi economici, in altri a difficoltà di accesso per mancanza di trasporti e strutture lontane, oppure ai lunghi tempi di attesa. Tra questi, ben 2 milioni e mezzo, ovvero il 4,2% della popolazione, ne hanno fatto a meno perché impossibilitate a pagare, 600 mila in più rispetto all'anno precedente. La media nazionale dei dinieghi è del 7,6%. Al di sopra di questa percentuale, c'è la Sardegna al primo posto assoluto, con una percentuale enorme, pari al 13,7%. Le fanno compagnia, tra le regioni continentali ed insulari del Meridione, l'Abruzzo al 9,2%, il Molise al 9% e la Puglia all'8,4%. Al di sotto troviamo la Calabria al 7,3%, la Sicilia al 7%, la Basilicata al 6,7% e la Campania al 5,9%. Ma 6 su 8 territori registrano un aumento della percentuale rispetto al 2022, con il Molise che ha raggiunto il 3,4% in più, l'Abruzzo l'1,6%, la Sardegna l'1,4%, la Campania l'1,2%, la Puglia lo 0,9% e la Calabria lo 0,1%. Chiudono la graduatoria la Sicilia, con lo 0,2 in meno e la Basilicata con lo 0,8%.

Complessivamente, nel Mezzogiorno sono ben 350 mila famiglie che, pur necessitandone, scelgono di non sottoporsi ad accertamenti e cure, una enormità, in considera-

zione degli effetti, anche letali, che questa decisione può comportare sulle persone rinunciarie. I dati sono contenuti nel 7° Rapporto della Fondazione Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale, che ha elaborato i dati Istat di settore. Rapporto che, a detta della struttura scientifica, produce tre considerazioni: un netto aumento della spesa out-of-pocket, ovvero «di tasca propria»; un ulteriore incremento del fenomeno nel Sud, proprio dove «l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è inadeguata», con il risultato che il combinato disposto tra l'insufficiente offerta pubblica di servizi sanitari e la minore capacità di spesa delle famiglie dell'area «condiziona negativamente la salute e l'aspettativa di vita alla nascita»; infine, lo status di povertà assoluta, che coinvolge oggi oltre 2 milioni di nuclei residenti.

«Siamo di fronte – dice il presidente di Gimbe Nino Cartabellotta – all'esigenza di urgenti politiche di contrasto, non solo per garantire un tenore di vita dignitoso a tutte le persone, ma anche perché le disuguaglianze sociali nell'accesso alle cure e l'impossibilità di far fronte ai bisogni di salute con risorse proprie rischiano di compromettere la vita dei cittadini di quest'area. Qui più che altrove l'autonomia differenziata avrebbe conseguenze disastrose in termini sanitari, economici e sociali. Ecco perché è neces-

sario intervenire adesso e subito. E in discussione un diritto costituzionale irrinunciabile ed universale».

Un numero drammatico riportato dall'indagine è quello sulla povertà assoluta, cresciuta a causa dell'inflazione. Tra il 2021 e il 2022, ultimi anni aggiornati, la sua incidenza nazionale per le famiglie, ovvero il rapporto tra i nuclei con spesa sotto la soglia e il totale dei residenti, è salita dal 7,7% all'8,3%, coinvolgendo quasi 2 milioni e 100 mila unità. Ancora una volta, il triste primato appartiene al Sud continentale, con un aumento dal 10,5% all'11,2%, mentre le Isole sono passate dal 9,2% al 9,8% e il Nord-Est dal 7,1% a quota 7,9%. Nord-Ovest e Centro invece hanno avuto uno sbalzo più contenuto, pari allo 0,4%. Questa situazione, nell'immediato e soprattutto in prospettiva, avrà un impatto residuale sulla spesa out-of-pocket, ma molto più consistente sul fenomeno di rinuncia alle cure, condizionando negativamente il peggioramento della salute e producendo la riduzione dell'aspettativa di vita delle persone più povere



L'ECONOMIA MEZZOGIORNO

del Paese.

Non a caso l'Italia, che per molti anni ha occupato le migliori posizioni su questo versante, secondo l'ultimo rapporto dell'Ocse nel 2022 è scesa dal terzo al nono posto. Le stime non ancora ufficiali ma verosimili dell'Istat per il 2023 segnalano che, a fronte di una età media di 83,1 anni a livello nazionale, si registrano differenze enormi tra i vari territori, dove si passa dagli 84,6 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81,4 della Campania, ancora e sempre ultima: ben 3,2 an-

ni in più. La graduatoria delle regioni non lascia adito a dubbi. Le peggiori sono le 8 del meridione, l'Abruzzo con 83 anni, la Puglia con 82,8, la Basilicata e la Sardegna con 82,5, il Molise con 82,4, la Calabria con 82, la Sicilia con 81,8, infine la già citata Campania. È una situazione drammatica, la spia indiretta delle criticità dei servizi sanitari locali. Ma si tira dritto sull'autonomia differenziata. Con il rischio di rendere ancora più divisa e frammentata la penisola.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Censis: balzo spesa sanitaria privata pro capite in 10 anni (+23%), 44 miliardi nel 2023

“Molti conti non tornano nel sistema-Italia e molte equazioni rimangono irrisolte”. Lo scrive il Censis nel 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, evidenziando come l'attuale ciclo dell'occupazione volge al positivo nonostante i segnali non incoraggianti che provengono dall'andamento del Pil. La media dei primi sei mesi dell'anno si è attestata a 23.878.000 occupati, con un incremento di un milione e mezzo di posti di lavoro acquisiti rispetto all'anno nero della pandemia e una variazione positiva rispetto al 2007 del 4,6%. Per il Censis, la 'dinamica disgiunta' che in questi mesi ha contraddistinto l'occupazione da una parte e la crescita economica dall'altra (debole quest'anno e prevedibilmente anche nel 2025) alimenta il sospetto che nel mercato del lavoro si sia creata una sorta di 'bolla': infatti, soltanto alla fine del 2023 è stato superato il valore del Pil antecedente al 2008, il reddito disponibile lordo pro-capite delle famiglie segnava ancora un -7,7% nel 2023 rispetto al 2007, e nei primi otto mesi del 2024 le esportazioni hanno riportato una flessione su base annua dello 0,6% e si è registrata una caduta della domanda nei nostri principali clienti, come gli Stati Uniti, la Germania e la Francia.



Aumenta la spesa privata nella sanità: +23% dal 2010

Secondo il rapporto del Censis negli ultimi dieci anni, tra il 2013 e il 2023, si è registrato un balzo del 23% in termini reali della spesa sanitaria privata pro-capite, che nell'ultimo anno ha superato complessivamente i 44 miliardi di euro. Inoltre, al 62,1% degli italiani è capitato almeno una volta di dover rinviare un check up medico, accertamenti diagnostici o visite specialistiche perché la lista di attesa negli ambulatori del Servizio sanitario nazionale era troppo lunga e il costo da sostenere nelle strutture private era considerato troppo alto. Al 53,8% è capitato, in presenza di problemi di salute, di dover fare ricorso ai propri risparmi per pagare le prestazioni sanitarie necessarie. E il 78,5% dichiara che, in caso di problemi di salute, teme di non poter contare sulla sanità pubblica.

Italia a corto di professionisti sanitari

Secondo il Censis, inoltre, sono di difficile reperimento per esiguità di candidati under 29 il 34,1% delle figure professionali intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione e il 33,3% delle professioni tecniche. Nel 38,9% dei casi non si riescono a trovare giovani che vogliono fare gli artigiani, gli agricoltori o gli operai specializzati. Introvabili gli specialisti e tecnici della salute, anche nel comparto della sanità privata. Il ridotto numero di candidati riguarda ben il 70,7% della domanda di lavoro per infermieri e ostetrici, il 66,8% per i farmacisti e il 64,0% delle posizioni aperte per il personale medico. Inoltre, mancano all'appello candidati per il 34,6% delle professioni sanitarie

riabilitative e per il 43,6% delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali, tra cui massaggiatori e operatori socio-sanitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CURE MEDICHE
A RISCHIO**

“Cambiare il payback sanitario”
Barni ● pag. 36

“Cure e imprese a rischio se non cambia il payback”

I fornitori di dispositivi medici paventano la perdita di 100 mila posti. “Ma nella Manovra non c’è nulla”

Nicola Barni

Al grido di allarme delle imprese del settore dei dispositivi medici sul payback si sono unite, a evidenziare l'assurdità della norma, le posizioni di medici e pazienti. Nonostante ciò, la Manovra 2025 ignora il problema, lasciando irrisolta una questione cruciale per il futuro del Servizio sanitario nazionale. È indispensabile intervenire con urgenza per tutelare la qualità del servizio sanitario pubblico, garantire ai cittadini l'accesso alle migliori prestazioni e salvare una filiera produttiva e distributiva che include oltre 1,5 milioni di tecnologie fondamentali per prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione: dai pacemaker ai bisturi, dalle protesi acustiche agli ecografi, fino alle grandi apparecchiature diagnostiche. Per raggiungere questi obiettivi, è prioritario bloccare il payback passato e cancellarlo per il futuro.

Questo meccanismo assurdo impone alle aziende di dispositivi medici di farsi carico dello sfioramento del tetto di spesa delle Regioni, fissato ben al di sotto dei reali fabbisogni di salute. Occorre individuare nuove forme di gestione e controllo della spesa e, nel frattempo, rimodulare i tetti per allinearli alla reale domanda di salute e alla media europea del 7%. Bisogna decidere che tipo di sanità vogliamo costruire in pochi anni, non in decenni. L'allarme è stato lanciato anche dalla Corte dei Conti, che ha evidenziato una crisi sistemica del Ssn, sempre meno in grado di garantire equità di accesso alle cure. In questo contesto, il payback rischia di essere

il colpo di grazia: un elemento che non solo aggrava le disuguaglianze, ma compromette l'intero ecosistema della sanità pubblica.

I dati che emergono dall'applicazione della norma sono allarmanti. Secondo le stime, il payback potrebbe portare alla chiusura di oltre il 70% delle aziende attive nel settore, con la perdita di più di 100 mila posti di lavoro. Ciò significa meno dispositivi medici negli ospedali, minore innovazione tecnologica, peggioramento della qualità del lavoro per i medici e gli operatori sanitari, e una ridotta capacità di diagnosi preventiva, con ricadute sulla formazione dei clinici. Le politiche sanitarie adottate finora hanno dimostrato tutti i loro limiti. Paesi come Francia e Germania investono rispettivamente il 9,3% e il 10,1% del Pil nella sanità. In Italia, invece, la spesa sanitaria si ferma al 6,2%, una cifra ben al di sotto della soglia di sostenibilità, secondo i dati Ocse. Questo sottofinanziamento cronico sta mettendo in ginocchio il sistema sanitario italiano, con conseguenze evidenti su tutti i livelli.

L'introduzione del payback non tiene conto delle ripercussioni che già si stanno verificando. Oltre il 38% delle imprese italiane del settore ha ridotto i finanziamenti destinati alla ricerca e all'innovazione, mentre il 61% ha bloccato le assunzioni. Un altro 31% è stato costretto ad avviare procedure di mobilità, lasciando lavoratori e famiglie nell'incertezza. Anche la capacità delle aziende di rifornire gli ospedali è in calo: il 61% delle imprese partecipa a meno gare d'ap-

palto, e il 54% lo fa con tecnologie sempre più basiche, nel tentativo di contenere i costi. Questo trend porta inevitabilmente a un numero crescente di gare deserte, lasciando le strutture sanitarie pubbliche prive di dispositivi essenziali e imprescindibili per la cura e la prevenzione della salute del cittadino.

Il risultato sarà un aumento dei costi per la sanità italiana: diagnosticare più tardi significa aumentare i costi di trattamento, degenza inclusa. A questo si aggiunge l'impoverimento del tessuto produttivo ed economico nazionale. Per ogni miliardo di euro perso a causa del payback dovremo rinunciare a 860 milioni di Pil.

Non possiamo ignorare le contraddizioni di un sistema che, da un lato, ambisce a promuovere l'innovazione, ma dall'altro impone regole che penalizzano proprio le aziende che questa innovazione la producono. Il payback è il simbolo di una politica miope che rischia di soffocare uno dei settori più strategici per la salute pubblica e per l'economia del nostro Paese.

Nel contesto internazionale, men-



tre Stati Uniti e Cina accelerano sugli investimenti in ricerca e sviluppo, l'Europa rischia di perdere terreno. Rigidità normative, ostacoli burocratici e politiche di spesa penalizzano settori ad alto valore aggiunto come quello dei dispositivi medici. L'Italia non può permettersi di rimanere indietro in questa competizione globale, soprattutto in un settore così cruciale.

Serve una visione strategica di lungo respiro, che coinvolga governo, regioni e imprese per costruire un sistema sanitario più moderno e stimolare un ecosistema attrattivo. Il problema deve essere affrontato nella sua complessità, guardando non solo ai

conti di oggi ma alla sanità del domani, quella che l'Italia merita.

Le imprese del settore sono pronte a fare la loro parte in modo serio e responsabile, ma è fondamentale decidere insieme che tipo di sanità vogliamo offrire ai cittadini. Solo una strategia condivisa può salvaguardare il futuro del Ssn e valorizzare un settore vitale per la salute e l'economia del nostro Paese.

**Presidente Confindustria Dispositivi Medici*



FOCUS

COME FUNZIONA IL PAYBACK SANITARIO

Il payback sui dispositivi medici risale al 2015 (governo Renzi) come misura di contenimento della spesa, attuata nell'estate 2022 (governo Draghi). Richiede alle imprese fornitrici di dispositivi medici di rimborsare il 50% del superamento degli scostamenti dal tetto di spesa regionale, oggi al 4,4% del Fondo Sanitario Nazionale. Secondo la Confindustria di categoria siamo sotto la media europea del 7%. Il restante 50% è in capo alle regioni. In sostanza, queste indicano gare per l'acquisto di dispositivi. A chiusura di bilancio, quelle che hanno speso più di quanto potessero chiedono ai fornitori di restituire la metà dello sfioramento.



LA PROTESTA

1



INUMERI

L'INDUSTRIA DEI DISPOSITIVI MEDICI IN ITALIA

4.641
IMPRESE

117.607
OCCUPATI

Il mercato italiano

SANITÀ PUBBLICA **75%**

SANITÀ PRIVATA **25%**



DATI 2022 IN MILIONI DI EURO E VARIAZIONE % SUL 2021

Spesa pubblica in dispositivi medici	9.600	(+6,7%)
Spesa privata in dispositivi medici	2.900	(+11,5%)
Investimenti in R&S	977,9	(-30,1%)
Produzione	6.900	(+9,5%)
Import	9.300	(+1,1%)
Export	5.900	(+3,5%)

FONTE: CONFINDUSTRIA DISPOSITIVI MEDICI



NICOLA BARNI
Confindustria Dispositivi Medici



6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

Di fiscale: ridefinito il payback farmaceutico, più fondi per ridurre le liste d'attesa

Il dl fiscale “collegato” alla manovra, dopo un lungo e contrastato esame in prima lettura al Senato, è giunto alla Camera blindato ed è stato approvato definitivamente, a seguito di un rapido esame e un altro ricorso al voto di fiducia. Ora governo e maggioranza guardano al disegno di legge di bilancio con le votazioni sugli emendamenti in Commissione che dovrebbero iniziare martedì 10 dicembre.

Dai fondi per Autostrade e per l'emergenza granchio blu alla ridizione delle liste d'attesa, il provvedimento nella sua versione finale è un omnibus con misure non prettamente fiscali. Ecco le principali misure che riguardano la sanità.

Payback farmaceutico - La definizione delle quote spettanti alle Regioni da parte delle aziende l'Aifa terrà conto oltre che del numero degli abitanti anche della quantità di sfioramento.

Liste d'attesa - Le Regioni potranno recuperare le risorse non spese stanziato durante l'emergenza Covid per attuare i piani operativi di smaltimento delle liste. Nel dettaglio i fondi andranno al potenziamento delle prestazioni aggiuntive e al coinvolgimento di operatori privati accreditati.

Enti locali e certificazioni Covid - Niente sanzioni pecuniarie per gli enti locali in caso di mancato invio della certificazione Covid per il 2022. In caso di risorse Covid utilizzate nel 2022 e successivamente non certificate la penalità a carico dell'ente inadempiente si è già configurata automaticamente, sotto forma di obbligo di restituzione allo Stato delle risorse di cui non si è certificato l'impiego.

Transizione 4.0 - Arrivano risorse per quasi 4,7 miliardi per il credito di imposta Transizione 4.0.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ogni anno circa 200 mila italiani vanno all'estero per le cure odontoiatriche

Turismo dentale

Le ragioni (e i rischi)

di **Maria Giovanna Faiella**

Tutti i denti estratti per sostituirli con impianti; il primo arresto cardiaco cui sono seguiti altri tre; da otto mesi in ospedale dopo le cure odontoiatriche in Albania. Il calvario di Simone Del Vecchio, 37enne di Barletta, ha riaccessi i riflettori sul cosiddetto «turismo dentale». Secondo le stime della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP), ogni anno circa 200mila italiani vanno all'estero per le cure dentali, soprattutto in Albania, Croazia, Romania, Turchia. Il motivo? Risparmiare. Non è un caso se l'odontoiatria è tra le branche mediche in cui si registra il maggior tasso di rinuncia alle cure per problemi economici, come ha scritto il Consiglio Superiore Sanità, organo di consulenza tecnico-scientifica del ministro della Salute, nel documento «Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel Ssn». Del resto, l'assistenza odontoiatrica pubblica è garantita a tutti solo in caso d'urgenza e ad alcune fasce di assistiti (*si veda articolo in basso*).

Ma quanto è rischioso farsi curare i denti all'estero? Chi ha diritto all'assistenza odontoiatrica nell'ambito del Servizio sanitario nazionale? Come accedere agli ambulatori pubblici? Proviamo a fare chiarezza con l'aiuto di esperti.

Albania low cost

In generale si concentrano in pochi giorni le cure dentali

low cost all'estero. Ma quanto si risparmia? E, soprattutto, sono sicure? L'Albania sta diventando una delle mete preferite, in particolare per gli impianti dentali. Per capire come funziona l'offerta di cure odontoiatriche abbiamo contattato per email un tour operator che organizza viaggi in cliniche albanesi, fingendo di aver bisogno di assistenza. I prezzi sono almeno tre volte più bassi di quelli italiani, per esempio: una corona in zirconio costa 170 euro, mentre per un impianto dentale la spesa varia dai 350 ai 1.000 euro, a seconda del tipo. Se il costo delle cure è superiore a 4 mila euro sono offerti gratis viaggio e albergo; insomma, un pacchetto all inclusive. Il tempo previsto per il trattamento è di 3-4 giorni e, nel caso sia necessario, la seconda seduta è di 4-5 giorni. Consigliano di prenotare almeno 15 giorni prima della partenza e, per confermare la prenotazione, occorre inviare una copia del biglietto tramite email o whatsapp.

Si paga, in contanti o con bonifico bancario istantaneo, direttamente in clinica.

Rischi

Anticipa Francesco Cairo, presidente della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP) e professore associato di Malattie odontostomatologiche all'Università di Firenze: «In base ai dati preliminari di una nuova indagine che stiamo svolgendo, quasi una persona su due che

ha ricevuto assistenza odontoiatrica all'estero è suscettibile di complicanze significative a distanza di un anno dalla fine delle cure. I nostri dati rispecchiano quelli raccolti dalla *British Dental Association*: in Gran Bretagna ogni anno quasi un milione di persone viaggia per andare a curare i denti in posti esotici; 7 volte su 10 la terapia odontoiatrica va male. I tipi di trattamento che fanno in quei Paesi, infatti, sono aggressivi: tolgono tanti denti che in gran parte si potrebbero salvare con le cure opportune, mettono molti impianti e non rispettano i tempi di cura, necessari perché la terapia possa avere esiti positivi. Tra le complicanze più diffuse ci sono ascessi, infezioni e grave malfunzionamento della protesi. E l'odontoiatra italiano, poi, deve curare di nuovo la patologia pregressa e anche porre rimedio a eventi avversi o errori dovuti alle cure fatte all'estero».

Precauzioni

Mette in guardia Raffaele Iandolo, presidente della Commissione Albo Odontoiatri di



FnomCeO-Federazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri: «Una terapia odontoiatrica fatta in 2-3 giorni, come di solito avviene durante questi viaggi all'estero, espone a rischi enormi. È difficile credere che sia necessario estrarre 20 denti contemporaneamente senza provare prima a curarli. E poi l'odontoiatria ha bisogno dei tempi biologici di guarigione. In questi casi non ci sono: si fa tutto di fretta, compresa la diagnosi, perché l'interesse delle strutture è estrarre i denti e sostituirli con impianti. Visitiamo pazienti anche giovani ai quali hanno fatto quattro impianti sull'arcata superiore e quattro su quella inferiore con protesi sovrapposte subito dopo l'estrazione. Inoltre, mancano tutele medico-legali e controlli sulle procedure di sicurezza, come avviene in Italia».

Perché è importante non trascurare i denti? «I denti

hanno implicazioni sulla salute in generale — sottolinea il dottor Iandolo —. Una masticazione inesistente o insufficiente crea una serie di problemi, ed è dimostrata la correlazione tra parodontopatie e diabete, ma anche con malattie cardiovascolari. In particolare, curare le patologie del parodonto riduce la possibilità di ammalarsi di diabete e chi ha già il diabete sviluppa più facilmente una parodontopatia». Come fa a curarsi chi non può permettersi un odontoiatra privato? «Per i meno abbienti l'unica possibilità è ricorrere al Ssn — risponde il dottor Iandolo —. Va ricordato, però, che le cure odontoiatriche nei Livelli essenziali di assistenza (si veda

in basso) sono inconsistenti, non comprendendo impianti e protesi, a meno che le Regioni non decidano di offrirle extra-Lea. Del resto, rispetto a

un Fondo sanitario nazionale di 136 miliardi, oggi solo pochi milioni sono spesi per l'odontoiatria pubblica».

Visite con il Ssn

«Se si ha un problema ai denti — consiglia Luigi Spicola, segretario Simg - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie — ci si può rivolgere al medico di famiglia, che visita l'assistito e può prescrivere la visita specialistica odontoiatrica a carico del Servizio sanitario nazionale. Il collega gli prescriverà l'intervento più adatto ai suoi bisogni: alcune prestazioni sono a carico del Servizio sanitario, altre si pagano. Il problema è che gli odontoiatri che lavorano in convenzione col Ssn sono pochissimi, quindi l'attesa diventa molto lunga».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

200

mila italiani vanno ogni anno all'estero per curare i denti (SIdP)

85

milioni la spesa dello Stato per l'odontoiatria (Consiglio Superiore Sanità)

8

miliardi l'anno spesi dai cittadini per curare i denti (Consiglio Superiore Sanità)

Proposta

● Nel nostro Paese esistono «forti disuguaglianze sociali nella tutela della salute del cavo orale e nell'accesso alle cure odontoiatriche». Lo dice il gruppo di lavoro del Consiglio Superiore di Sanità che ha elaborato una proposta sulla «Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel Ssn», al vaglio del ministero della Salute

Albania, Croazia, Romania, Turchia le mete più frequenti e ci sono tour-operator specializzati



Dopo quelle «rosse», da gennaio andranno in pensione anche le impegnative «bianche» (su carta) redatte dal medico per dispensare farmaci a pagamento con prescrizione obbligatoria

Ricetta elettronica: cosa cambierà nel 2025

di **Maria Giovanna Faiella**

Quando abbiamo bisogno di accertamenti, visite specialistiche o farmaci rimborsabili (in fascia A), il dottore ce li prescrive compilando la ricetta elettronica (o dematerializzata), che ha quasi del tutto sostituito la ricetta rossa cartacea del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Ed è pressoché sparito anche il «promemoria cartaceo» della ricetta elettronica che, nel periodo pre-Covid, di regola il medico ci consegnava dopo averlo stampato su un foglietto bianco in formato A5, da portare poi in farmacia per ritirare i medicinali o alla struttura sanitaria per eseguire l'esame oppure al Cup per prenotare la visita specialistica o altri accertamenti.

Il promemoria cartaceo

Durante la pandemia sono state adottate disposizioni che hanno permesso ai dottori di trasmettere agli assistiti il promemoria della ricetta in allegato al messaggio di posta elettronica, oppure di comunicare il «Numero di ricetta elettronica» (Nre) - generato dal sistema telematico al momento dell'emissione - per telefono o tramite whatsapp o sms (oggi il Numero si può comunicare anche per email).

Questa modalità, prorogata di anno in anno fino al 31 dicembre 2024, sarà definitiva con l'entrata in vigore della legge di Bilancio per il 2025 (dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale prevista tra fine anno e inizi gennaio).

L'articolo 54 stabilisce, infatti, la «Dematerializzazione delle ricette mediche cartacee per la prescrizione di farmaci a carico del Ssn, dei Sasn (Ser-

vizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile) e dei cittadini». Spetterà alle Regioni far attuare la norma, che mira, tra l'altro, a potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni e a garantire la completa alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse).

Ma in pratica, che cosa cambierà a gennaio?

Ricetta «bianca»

Se oggi siamo ormai abituati a ricevere dal medico curante, tramite email o cellulare, le prescrizioni elettroniche di farmaci a carico del Servizio sanitario - ma anche di visite ed esami (si veda *infografica e articolo in alto*) -, solo sporadicamente riceviamo la ricetta «bianca» in formato digitale. Di solito il medico prescrive sulla ricetta bianca - utilizzando il suo ricettario personale - i farmaci di «fascia C», cioè a pagamento,

con obbligo di prescrizione medica, per esempio benzodiazepine, contraccettivi orali, medicinali per la disfunzione erettile. Se sulla ricetta bianca non è tenuto a indicare il nome e il cognome dell'assistito, deve farlo se compila la ricetta rossa cartacea del Ssn o quella elettronica. Ebbene, da gennaio saranno dematerializzate tutte le ricette, comprese quelle «bianche», che andranno effettuate in «formato elettronico».

Vuol dire che il medico, invece di consegnare al paziente un foglio dal suo ricettario, si collega al portale telematico e ottiene il «Numero di ricetta bianca elettronica» (Nrbe),

che poi trasmette al paziente tramite una delle modalità telematiche previste, oppure l'assistito può trovare la ricetta nel suo Fascicolo sanitario elettronico (Fse).

La dematerializzazione della ricetta bianca non è una vera e propria novità, poiché è stata introdotta nel 2020 ed è diventata operativa agli inizi del 2022, ma procede a rilento e con non pochi ostacoli. Quali sono i vantaggi? «Tracciabilità del farmaco più semplice, alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico, spostamenti limitati in caso di terapie croniche» riassume Filippo Anelli, presidente FNOMCeO, Federazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. «L'estensione della dematerializzazione a medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali, una volta a regime, può semplificare le procedure agevolando l'accesso dei pazienti alle cure e una loro migliore presa in carico» aggiunge Alessandro Rossi, presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg), che però segnala: «Già oggi i sistemi elettronici dei portali regionali talvolta non reggono il flusso di richieste che arrivano soprattutto il lunedì mattina, per cui si verifica un'interruzione del servizio: le ricette, non essendo operativo il portale che le riceve, non possono essere più inviate elettronicamente e vanno fatte col vecchio sistema della ricetta rossa, che viene stampata ma non è elettronica. Se



il paziente è rimasto senza il farmaco che assume abitualmente e non può ricevere la ricetta per via elettronica, quindi, è costretto a venire in ambulatorio per ritirare la prescrizione. Il sistema deve essere potenziato, altrimenti rischia di andare in tilt».

Timori

Un rischio sollevato anche dal dottor Anelli: «Siamo di fronte a una rivoluzione positiva ma complessa poiché coinvolge anche medici che non operano nell'ambito del Ssn, quindi non abituati a fare ri-

cette elettroniche. Inoltre, se oggi il sistema telematico viene utilizzato principalmente dagli oltre 37mila medici di famiglia, da gennaio invece saranno 488mila medici e odontoiatri a prescrivere le ricette in formato elettronico».

Non è finita. Bisogna mettere anche in conto le difficoltà di connessione in alcune aree, i pazienti senza supporti digitali o che rifiutano l'Fse. «Insomma, ci vuole più flessibilità. Oggi se il sistema telematico non funziona, si può utilizzare la ricetta rossa del

Ssn; occorre estendere questa possibilità anche alle bianche», conclude Anelli.

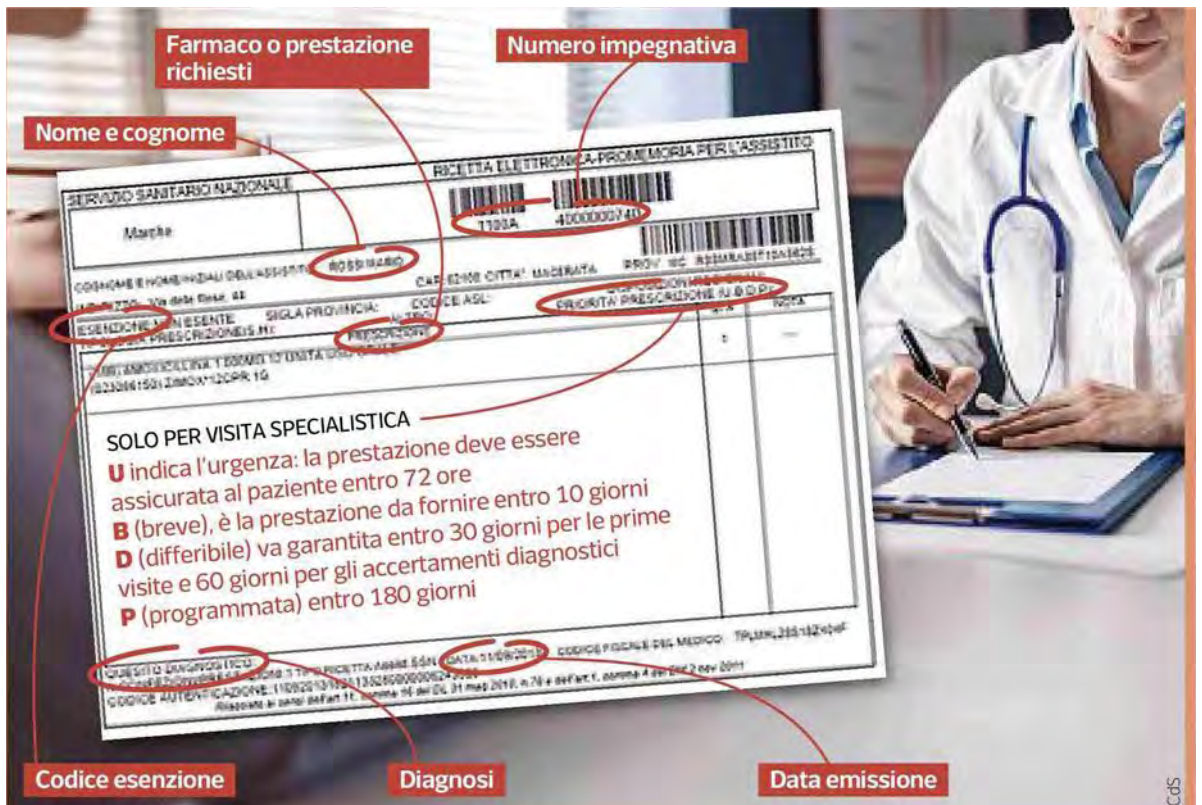
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per saperne di più sui temi del diritto alla salute è possibile consultare il sito <https://www.corriere.it/salute>

Vantaggi

● Con la ricetta elettronica si possono ritirare, in qualsiasi farmacia italiana i medicinali prescritti dal medico, pure quelli «introvabili» nella propria Regione. Non si paga più il prezzo intero del medicinale, come invece avveniva con la ricetta rossa cartacea utilizzata fuori Regione. Si ha poi diritto alla stessa esenzione e si paga lo stesso ticket.



CdS



6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Tecnici o dirigenti sanitari: necessaria una legge organica e strutturata sul personale delle Arpa

di Stefano Simonetti

L'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (in acronimo ARPA) è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia tecnico-scientifica, amministrativa e contabile, costituito e operante in ciascuna delle Regioni italiane. Le 19 ARPA regionali, le due APPA delle province autonome di Trento e Bolzano e l'ISPRA (Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale) compongono attualmente il Sistema Nazionale per la protezione dell'Ambiente (SNPA) istituito dalla legge 132/2016. Le ARPA contribuiscono a garantire l'erogazione dei LEPTA (i LEA per l'ambiente), in conformità all'art. 117, comma 2, lettera m) della Costituzione. Le ARPA fanno parte del comparto del personale del S.s.n. fin dal CCNQ del 2.6.1998 (norma transitoria nell'art. 6, comma 2, con la quale al personale delle neonate ARPA veniva applicato il contratto della Sanità).



Le ARPA sono state istituite a seguito di uno degli 8 referendum abrogativi del 18 e 19 aprile 1993, riguardante alcune parti della legge n. 833/1978. Alla domanda se i cittadini volevano che dell'ambiente non si occupasse la USL (allora non ancora trasformata in azienda) gli italiani risposero praticamente con un plebiscito: percentuale di SI = 82,57% con una affluenza del 76,85%. Con il senno di poi quella stagione di ossessivo ricorso allo strumento del referendum abrogativo ha insegnato parecchie cose sulla affidabilità della volontà popolare.

Di conseguenza e in applicazione della decisione referendaria, venne approvata la legge n. 61/1994, di conversione del terzo decreto-legge 496/93, che istituiva l'ANPA e demandava alle Regioni l'istituzione di "apposite Agenzie" per la tutela dell'ambiente. Contestualmente avvenne la traslazione degli ex Presidi Multizonali della Prevenzione, a loro volta ex Laboratori Provinciali di Igiene e profilassi. La ricordata ANPA è successivamente divenuta APAT e, finalmente, ISPRA nel 2008.

Si detto che dal punto di vista della contrattazione collettiva le ARPA sono collocate nel comparto del S.s.n. ma, rispetto al personale delle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, alcune clausole contrattuali e interi istituti normo-economici risultano difficili da applicare per la peculiarità delle Agenzie e per la loro non del tutto completa assimilazione alle altre amministrazioni presenti nel comparto. In particolare, sono presenti due profili – uno nella dirigenza e uno nel comparto – che da anni non riescono a trovare una sistematizzazione che sia coerente, da un lato, con le esigenze funzionali e organizzative delle Agenzie e, dall'altro, con le regole contrattuali generali. Si tratta del

Dirigente ambientale e del Collaboratore tecnico-professionale con lauree di matrice sanitaria. La prima figura ha subito delle vicende paradossali nella tornata contrattuale 2016-2018, con equivoci e strumentalizzazioni di ogni tipo. Allo stato, tuttavia, un minimo di chiarezza esiste: il Dirigente ambientale fa parte del ruolo tecnico e, unitamente agli altri 7 profili dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, è collocato nell'Area delle Funzioni locali, sezione specifica per la dirigenza PTA. Questo non vuol dire che per il Dirigente ambientale non sussistono problemi – l'art. 72 del CCNL del 17.12.2020 non disciplina praticamente nulla - ma almeno un "minimo" di linearità è stata raggiunto. La seconda figura è invece tuttora nel caos e le soluzioni contrattuali e istituzionali vengono di continuo aggredite da una costante giurisprudenza. Per comprendere meglio le criticità di questo profilo è necessario ripercorrere la sua genesi.

Quando nel 1999 le parti negoziali introdussero nel contratto collettivo all'interno della Categoria D i nuovi profili del Collaboratore tecnico-professionale e del Collaboratore amministrativo-professionale intendevano perseguire diverse finalità. Da un lato lo split operato sulla figura del tradizionale Collaboratore amministrativo consentiva una copertura più qualificata e specifica di molte attività istituzionali che negli anni avevano subito una evoluzione complessa e profonda. E così, secondo le esigenze organizzative e funzionali delle aziende ed enti, il primo profilo afferiva ai settori tecnico, informatico e professionale mentre il secondo poteva essere individuato - oltre che nel settore amministrativo - anche nei settori statistico, sociologico e legale. Il secondo obiettivo, più latente ma sicuramente perseguito, era quello di una razionalizzazione della spesa perché nei settori sopra citati non sempre risulta indispensabile assumere un "dirigente" quando l'attività lavorativa richiesta è squisitamente professionale: era il caso dell'avvocato, dell'ingegnere, dell'architetto, dell'informatico, del sociologo che risultavano indispensabili alla linea aziendale senza però la configurazione giuridica e le prerogative della dirigenza, alla stregua del rapporto esistente da sempre tra Dirigente amministrativo e Collaboratore amministrativo.

Come appare evidente, nelle declaratorie allegato al citato CCNL del 7.4.1999 non si fa riferimento ad un "settore sanitario" per il semplice motivo che le nuove denominazioni del Collaboratore mutuavano gli aggettivi dai ruoli professionale, tecnico e amministrativo ma non citavano il ruolo sanitario in quanto per le professioni sanitarie era ben presente e radicata la dirigenza sanitaria articolata in otto profili: medico, veterinario e odontoiatra (nella ex Area IV) e biologo, chimico, fisico, psicologo e farmacista (nella ex Area III). Ciò non di meno molte sono state da allora le assunzioni di biologi ed altre professioni sanitarie nel profilo di Collaboratore tecnico-professionale, motivate senz'altro dalla seconda delle ragioni che ho sopra ricordato. Tale anomalia si è riscontrata, più che nelle aziende sanitarie, negli altri enti del comparto del S.s.n. e, soprattutto, nelle ARPA. Infatti, l'art. 50, comma 2, del CCNL del 20.9.2001 costituisce proprio una "Norma speciale per le ARPA" in cui si afferma che: "con riferimento ai profili di collaboratore tecnico professionale e di collaboratore tecnico professionale esperto le A.R.P.A., in relazione ai propri settori di attività e tenuto conto dell'autonomia regolamentare in tema di reclutamento del personale, possono prevedere, tra i requisiti di accesso, anche ulteriori corsi di laurea oltre quelli indicati per i succitati profili dalle declaratorie allegato n. 1 al presente contratto". Ed esattamente così è stato fatto, cioè si sono assunti centinaia di collaboratori con lauree diverse in piena ottemperanza alle clausole contrattuali che, peraltro, non fornivano indicazioni vincolanti nemmeno per le lauree afferenti agli altri settori.

Nelle Agenzie per la protezione dell'ambiente, esiste ormai dal 2018 un contenzioso fra tutti i lavoratori inquadrati come Collaboratori tecnico-professionali, in particolare i laureati chimici, fisici e biologi che sono, per la legge 3/2018, cosiddetta "Lorenzin", professioni sanitarie e non tecniche. Sulla base di numerosa giurisprudenza consistente in almeno 10 sentenze favorevoli, ma soprattutto delle sentenze del Consiglio di Stato, sez. IV, n. 5167 del 7 luglio 2021, n. 5195 dell'8 luglio 2021 e la successiva n. 126 del 12.1.2023, il giudice amministrativo ha ribadito più volte che l'inquadramento

contrattuale dei CTP sanitari nelle ARPA è illegittimo. Queste le parole precise utilizzate dai Giudici di primo grado, confermate in appello: “la disciplina di legge e la contrattazione collettiva relative al Comparto sanità - di cui fa incontestabilmente parte il personale delle ARPA - annoverano la figura professionale del biologo all’area della dirigenza sanitaria; non è più configurabile il profilo di collaboratore tecnico professionale - biologo - categoria D, in quanto, a seguito della riforma introdotta con il d.lgs. n. 502 del 1992, la contrattazione collettiva non prevede più, nell’allegato I, recante le Declaratorie delle categorie e profili, nella categoria D, collaboratori professionali sanitari, personale tecnico sanitario, la figura del biologo”. La problematica riguarda circa 1.500 dipendenti per i quali, allo stato, non esiste soluzione.

Il Consiglio di Stato, con la sentenza n. 5167/2021, ha annullato un bando di concorso pubblico per titoli ed esami a n. 1 posto di collaboratore tecnico professionale – biologo – categoria D, indetto dall’Agenzia regionale per la protezione dell’ambiente della Basilicata (ARBAB). Il ricorso è stato presentato - e vinto - al TAR in primo grado dall’ANAAO, sindacato medico nel quale nel 2010 è confluito lo SNABI, lo storico sindacato professionale dei biologi. Sostanzialmente la ricorrente iniziale ritiene che per l’assunzione di laureati in biologia l’unico profilo da utilizzare sia quello di dirigente biologo del ruolo sanitario, soprattutto alla luce delle disposizioni introdotte dalla legge 3/2018.

Il punto di maggiori perplessità, a mio parere, è quello del sillogismo tra l’appartenenza ad una professione sanitaria e il riconoscimento automatico del profilo dirigenziale, basato soltanto sulla circostanza che la legge Lorenzin “ha espressamente annoverato i biologi fra le professioni sanitarie, confermando l’esistenza di un inquadramento a livello della legislazione primaria che non può essere disatteso né dalla contrattazione collettiva né tanto meno da atti amministrativi”. Non esiste in tal senso una sola disposizione legislativa inequivocabile che faccia ritenere che lo svolgimento della professione di biologo o chimico comporti automaticamente l’attribuzione della qualifica dirigenziale; certamente non l’art. 16-quinquies del d.lgs. 502/1992, richiamato dalla giurisprudenza amministrativa.

Venendo ai contenuti della sentenza 5167/2021, ad esempio, mai nella pronuncia del Consiglio di Stato si accenna alla circostanza che, quando venne provvisoriamente istituito nel 2005 il profilo di dirigente ambientale, il profilo di dirigente sanitario biologo o chimico è stato collocato ad esaurimento, con la conseguenza che attualmente le Agenzie per ricoprire le funzioni specifiche devono assumere dirigenti ambientali non essendo più consentito – come affermato acriticamente nella sentenza - il ricorso alla figura del Collaboratore tecnico professionale del Comparto. Tuttavia, se si passa ad esaminare il profilo del Dirigente ambientale, si rilevano notevoli problematiche, tutte ad oggi irrisolte.

Non a caso lo stesso Consiglio di Stato ha riconosciuto “che la presente controversia scaturisce da una sorta di “disallineamento” del quadro normativo generale a seguito dell’istituzione delle Agenzie regionali per la protezione dell’ambiente e del loro scorporo dal Servizio sanitario nazionale”. Non si può, inoltre, non rilevare come i Giudici abbiano affermato una inesattezza perché le ARPA non si sono mai “scorporate” dal S.s.n. per il semplice fatto che non ne hanno mai fatto parte. Un’altra inesattezza è quella in cui si afferma che “la contrattazione collettiva non prevede più nella categoria D, collaboratori professionali sanitari, personale tecnico sanitario, la figura del biologo”, banalmente perché non l’aveva prevista nemmeno nel 1999. E, in punta di precisione, la sentenza contiene un ulteriore abbaglio allorché nel punto iii) del paragrafo 8.4 (che, in realtà, se si conta correttamente è l’8.6) sostiene che “a questa nuova dirigenza si applicano le norme del d.lgs. n. 29 del 1993 e specificamente l’art. 26”, norma che è riservata ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo e non al ruolo sanitario. In conseguenza dei giudicati amministrativi i concorsi per CTP nel comparto sono stati sostanzialmente bloccati ma pochi mesi fa due ARPA hanno bandito ugualmente dei concorsi, nonostante la giurisprudenza piuttosto consolidata.

Insomma, tutti sono stati solleciti e zelanti riguardo a “quello che non si deve fare” ma nessuno – a nessun livello istituzionale - prende fattivamente l’iniziativa rispetto a “quello che si deve fare”, cioè una legge organica e strutturata sul personale delle ARPA che è l’unica soluzione praticabile, anche in relazione al necessario rifinanziamento. La problematica è nata male ed è proseguita peggio e su di essa insistono troppe riserve mentali, troppe intenzioni opportunistiche da entrambe le parti, troppi insormontabili macigni finanziari (per dirne uno, l’indennità di esclusività del rapporto). La riprova di questa confusione ricorrente è lo stesso ultimo CCNL del 2.11.2022 del comparto, laddove è stata del tutto elusa la direttiva del Comitato di settore che nel proprio Atto di indirizzo del 2.8.2021 concludeva nell’ultimo capoverso che “Il contratto dovrà, infine, individuare le migliori soluzioni, anche considerando i lavori della commissione paritetica per la revisione dei sistemi di classificazione professionale costituita in sede Aran, al fine di cogliere le specificità delle Agenzie per la protezione dell’ambiente”. Le parti negoziali hanno ottemperato a questa indicazione con la norma di cui all’art. 37 che – oltre ad avere una collocazione impropria - non entra minimamente della problematica e lascia ancora una volta irrisolta la questione.

Verosimilmente l’indicazione del Comitato di settore è stata ignorata perché proprio il giorno della sua redazione è stata depositata la sentenza del Consiglio di Stato più volte citata in questa sede. Le questioni sopra rappresentate sono estremamente complesse e a confondere ancora di più le idee è arrivato il Comitato di Settore che il 6 ottobre 2022 ha diramato l’Atto di indirizzo per il rinnovo del contratto 2019-2021 dell’Area della Sanità. Nel paragrafo 5 viene citato il Dirigente ambientale, tematica assolutamente incomprensibile in quel contesto perché tale figura appartiene al ruolo tecnico ed è disciplinata nell’art. 72 del CCNL dell’Area delle Funzioni locali.

L’inquadramento normo-economico dei CTP biologi, chimici e fisici sembra, come ampiamente descritto, una babele normativa, con l’aggravante che nella quotidianità delle funzioni svolte da questo personale si rilevano specifici e delicati aspetti di criticità, come i seguenti:

- Un primo elemento di confusione è sicuramente dato dalla assoluta indeterminazione dei mansionari sia riferibili ai ruoli sanitari o tecnici in stretta correlazione alle specifiche contenute nelle sezioni A e B di cui al DPR 328/2001. Con la mancanza di mansionari certi con le corrispondenti responsabilità (ed i relativi inquadramenti giuridici) sembrerebbe che, nell’ambito operativo delle ARPA, le attività siano praticamente tutte interscambiabili;

- spesso il CTP, nelle attività di valutazione di dati analitici o nella redazione di pareri o contributi istruttori, si trova ad essere inserito in un servizio operativo dove il responsabile che firma l’atto è un dirigente tecnico che può essere un ingegnere o un geologo.

Teoricamente, la firma del dirigente tecnico sovraordinato solleverebbe il CTP dalla responsabilità tecnica dell’atto ed annullerebbe la conseguente autonomia professionale ed intellettuale necessaria alla redazione dell’atto stesso e, pertanto, anche la rivendicazione di un adeguato inquadramento;

- un paradosso si può poi cogliere nel fatto che l’art. 348 del c.p. specifica che la mancata iscrizione all’ordine di appartenenza comporta il reato di esercizio abusivo della professione, in modo particolare per le professioni sanitarie secondo la novella introdotta dalla legge 3/2018. Ma le ARPA hanno inquadrato tutti i professionisti sanitari nel ruolo tecnico; inoltre, non esistendo un mansionario che specifichi gli ambiti di competenza del CTP non è dato sapere cosa sia autorizzato e cosa non sia autorizzato a fare il professionista.

Questo dovrebbe essere un approccio censurabile per un ente di controllo che commina sanzioni od obblighi ad altri enti pubblici e privati;

- Il personale esercente professioni sanitarie (in realtà, l’art. 16-bis del d.lgs. 502/1992 parla di “operatori sanitari”) è obbligato ad acquisire i prescritti crediti ECM e la corretta

acquisizione è la condizione per la copertura assicurativa e la partecipazione alle selezioni interne di qualsiasi tipologia. Ma quanto detto riguarda i CTP biologi, chimici e fisici ?

● infine, si rileva una vera e propria lesione del principio di uguaglianza tra dipendenti pubblici, visto che ai CTP è preclusa la mobilità verso qualsiasi altra amministrazione pubblica, anche del SSN, per l'inesistenza del profilo corrispondente; ma anche la richiesta di mobilità tra ARPA ed ARPA deve avvenire per equivalenza di "profilo", cioè, chimico con chimico, biologo con biologo e fisico con fisico, rendendo, in tal modo, minime le possibilità di attivare una mobilità.

Sembra davvero che sussistano tutte le condizioni impellenti per un intervento legislativo che possa eliminare tutte le disfunzioni segnalate cioè il "disallineamento" già rilevato dal Consiglio di Stato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Ddl Bilancio: torna l'ipotesi del silenzio assenso per trasferire il Tfr ai fondi pensioni ma l'Inps è contrario

di *Claudio Testuzza*

Nella discussione in corso sulla legge di bilancio 2025 torna l'ipotesi di un rinnovo della norma sulla riapertura del semestre di silenzio assenso per destinare automaticamente il trattamento di fine rapporto (Tfr) ai fondi pensione. L'obiettivo è rafforzare la previdenza complementare per dare ai futuri pensionati un assegno che sia più possibile vicino all'ultimo stipendio.



Il Tfr rappresenta un vero e proprio compenso differito al momento della cessazione del rapporto di lavoro, al fine di favorire il lavoratore al superamento delle difficoltà economiche connesse con il venir meno della retribuzione. È quindi parte integrante del salario lordo, ma non disponibile immediatamente. Si tratta di un salario differito, del quale è proprietario il singolo lavoratore, e che il datore di lavoro trattiene e di cui è responsabile, con il compito di reinvestirlo all'interno dell'azienda.

Il concetto del "trattamento di fine rapporto", venne introdotto per la prima volta in Italia dal XVII disposto contenuto nella Carta del Lavoro, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 100 del 30 aprile 1927, che stabiliva il diritto del lavoratore ad un'indennità proporzionata agli anni di servizio svolti. Il trattamento di fine rapporto, denominato "indennità di anzianità" o "indennità di servizio" o "liquidazione", veniva calcolato sulla base del prodotto dell'importo dell'ultima mensilità di retribuzione per il numero degli anni di servizio prestati. Attualmente il trattamento si calcola sommando per ciascun anno di servizio una quota pari all'importo della retribuzione dovuta per lo stesso anno divisa per 13,5. Il Tfr è incrementato, poi, su base composta, al 31 dicembre di ogni anno, con applicazione di un tasso costituito dall'1,5 per cento in misura fissa e dal 75 per cento dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati rispetto al mese di dicembre dell'anno precedente.

In passato, grazie al più generoso sistema di calcolo retributivo, abolito dalla riforma Fornero del 2012, i lavoratori italiani potevano contare su una pensione pubblica che garantiva anche oltre l'80% del proprio stipendio. Oggi, la situazione è cambiata e le tendenze demografiche e finanziarie indicano un futuro incerto e probabilmente meno prospero. Secondo le proiezioni dell'Inps il tasso di sostituzione, cioè il rapporto tra il primo assegno pensionistico e l'ultimo reddito da lavoro percepito, è destinato a scendere drasticamente, con le stime del Mef che indicano un calo dall'attuale 70% al 59% nel 2070 per i dipendenti privati e una diminuzione dal 55% ad un modesto 47% per i lavoratori autonomi

Questa condizione pensionistica restrittiva ha imposto la creazione di un sistema di previdenza integrativa ed in una fase iniziale la previsione del versamento delle quote di Tfr ai così detti fondi pensione anche mediante il sistema del "silenzio-assenso".

L'obiettivo della previdenza complementare è, dunque, integrare la pensione pubblica accantonando una parte del risparmio in un'ottica di lungo periodo, che però prevede la possibilità di accedere a prestazioni intermedie, erogate cioè prima del raggiungimento dei requisiti pensionistici. Le somme accumulate nella propria posizione individuale restano a disposizione dell'iscritto anche nel corso della propria vita lavorativa, seppur con modalità e con riferimento ad alcune specifiche circostanze, e possono essere richieste per anticipazioni, riscatti e trasferimenti.

Tutti possono aderire ad un Fondo pensione, godendo di una serie di vantaggi fiscali in tutte le fasi di partecipazione: dalla deducibilità dei contributi versati, alla tassazione agevolata in fase di erogazione. Il costo di adesione al Fondo pensione dipende dalla forma pensionistica scelta, è rappresentato dall'Indicatore sintetico dei costi (Isc) ed è confrontabile attraverso il comparatore dei costi messo a disposizione sul sito dell'Autorità di Vigilanza. Si può contribuire al Fondo pensione versando un proprio contributo e il Tfr (per i lavoratori dipendenti). In alcuni casi, è anche previsto il contributo da parte del datore di lavoro. I Fondi sono per lo più gestiti dalle categorie dei lavoratori, ma anche, in passato dalla stessa Inps trattenendo il Tfr di coloro che non avessero scelto il proprio Fondo. Questa realtà ha avuto, però, poca vita ed è stata accantonata dallo stesso Istituto previdenziale verso cui continuano a confluire i trattamenti di fine rapporto non utilizzati ai Fondi.

Dal 2007 al Fondo di Tesoreria dell'Ente sono confluiti 98,5 miliardi, circa sei miliardi l'anno, di risorse del trattamento di fine rapporto lasciato nelle grandi aziende dai lavoratori. L'ipotesi di un rinnovo della norma sulla riapertura del semestre di silenzio assenso per destinare automaticamente il trattamento di fine rapporto (Tfr) ai Fondi pensione rischia di asciugare, o quanto meno drenare un po', un flusso di risorse per l'Ente. Secondo la legge, infatti, in caso di imprese con più di 50 dipendenti, il Tfr lasciato in azienda confluisce nel Fondo di Tesoreria dell'Istituto di Via Ciro il Grande, utilizzato sì per erogare quanto dovuto una volta lasciato il lavoro, ma nel frattempo anche come forma di spesa corrente dell'ente.

Perdere le risorse sarebbe tuttavia un problema. Ecco perché il presidente dell'Istituto ha ritenuto "importante e ragionevole" discutere della possibilità di dotare nuovamente Inps di un proprio Fondo complementare. Lo strumento era stato creato nel 2007, quando ci fu il decollo del settore proprio con la norma del silenzio-assenso. Dedicato ai lavoratori che non avevano un contratto di riferimento, si era rivelato inefficiente, con un patrimonio di circa 80 milioni e 28 mila iscritti, di cui appena 6 mila attivi. Nel frattempo la norma sui silenti aveva dato impulso al sistema, con un aumento degli iscritti alla complementare balzato da 3,2 milioni a 4,5 milioni. La legge di Bilancio 2018 aveva quindi previsto la soppressione di FondiInps e il passaggio delle posizioni individuali in un Fondo più grande. La scelta è ricaduta su Cometa, il Fondo dei metalmeccanici.

Ora la palla passa all'iter parlamentare. Inizialmente cassato, l'emendamento sui sei mesi è stato ripescato ed ora è nell'elenco dei segnalati dai Fratelli d'Italia, ossia nella lista dei correttivi che il partito di Giorgia Meloni considera prioritari.

La volontà generale è comunque quella di potenziare la previdenza complementare ma sembra importante sottolineare che per meglio valorizzare questo fronte previdenziale integrativo è necessario, però, prevedere, anche, che gli investimenti dei Fondi siano favorevoli ad un giusto risparmio che crei, nel tempo, una sicura pensione integrativa. La presenza di un investitore paziente, senza vincoli di liquidità e liquidabilità può giocare un ruolo rilevante per dare nuova energia al mercato. L'Inps sarà in grado di attivarsi favorevolmente oggi e per il futuro, su questo fronte dopo non averlo dimostrato nel passato ?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Malattia in Congo, caso sospetto in Italia

«Nessun contagio»

L'uomo, tornato dal Paese africano, ricoverato a Lucca
«Guarito e già dimesso». Le sue analisi inviate a Roma

ROMA Un italiano che lavora in Congo, dove è in corso un'epidemia non ancora spiegata, dopo un periodo di permanenza di circa sei mesi nella capitale Kinshasa, è tornato in Italia con febbre e grande spossatezza. Era ammalato da tre settimane e una volta a Lucca si è recato per controlli in ospedale. I medici lo hanno ricoverato per accertamenti il 22 novembre e dimesso il 3 dicembre, una volta risultato negativo ai test diagnostici per i virus tropicali: dengue, zika, West Nile, Chikungunya oltre naturalmente ai classici virus respiratori e influenzali. È stato curato anche con antibiotici. Ulteriori analisi verranno eseguite dall'Istituto superiore di sanità, allertato dalla Toscana. «Non ci sono profili di rischio. Per precauzione abbiamo allertato le autorità competenti in modo da avere approfondimenti», precisa l'azienda Usl Nord Ovest.

È stato forse un eccesso di scrupolo a far alzare il livello di attenzione su un caso che, in tempi normali, sarebbe passato inosservato. Dopo il Covid tutti i centri di malattie infettive, infatti, sono a buona

ragione sempre in allerta. Ricostruisce i tempi Sara Moneta, primario infettivologo dell'ospedale lucchese: «Per prassi, come succede in caso di febbri causate da agenti non noti, abbiamo inviato i campioni all'Istituto superiore di sanità per accertare se si può ipotizzare un'infezione trasmessa da insetti. Tre giorni fa abbiamo avuto notizia dell'agente infettivo ignoto che ha colpito centinaia di persone in Congo. È così partita una nuova segnalazione perché il nostro paziente presentava una sintomatologia simile a quella descritta in quella zona, febbre e anemia».

A quel punto l'Iss ha avvertito il ministero della Salute, come riferisce in un cauto comunicato diffuso ieri Maria Rosaria Campitiello, capo Dipartimento della prevenzione: «Abbiamo ricevuto la segnalazione che al San Luca di Lucca è stato ricoverato nei giorni scorsi un paziente di rientro dal Congo con sintomatologia influenzale potenzialmente riconducibile a quella descritta nel Paese africano». Gli esperti inviati da

Roma ritireranno oggi a Lucca i campioni di sangue prelevato al paziente durante il ricovero e di nuovo ieri, da convalescente.

«Lo abbiamo riconvocato in reparto. Ci ha raccontato che nessuno dei parenti italiani è stato contagiato e che a Kinshasa aveva continuato a frequentare colleghi e dipendenti nonostante fosse già influenzato. Nessuno di loro è stato male», scende nei dettagli Moneta, rilevando che comunque la capitale congolese dista 450 chilometri dall'area del focolaio della infezione non ancora diagnosticata. La regione interessata dal fenomeno è molto selvaggia e inaccessibile, attorno all'area di Panzi. Ad essere colpiti dal virus, ancora misterioso, sono soprattutto bambini, i più deboli in un territorio assediato da malattie, denutrizione, guerriglia, e povero di tutto, anche di medici. Qui le malattie — spiegano i virologi — hanno facile presa.

Le squadre specializzate dell'Organizzazione mondiale della sanità stanno per raggiungere il luogo e solo dopo le loro indagini si saprà qual è

la causa dell'epidemia. Il nostro ministero della Salute venerdì scorso ha alzato il livello di sorveglianza con un comunicato a uffici marittimi e aeroportuali.

«Abbiamo agito per eccesso di scrupolo pensando che in un mondo globalizzato un'infezione partita dall'Africa impieghi 24 ore a arrivare in Europa. Teniamo sollevate le antenne», dice Moneta.

Per il momento non è coinvolto l'Istituto per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani, centro di riferimento delle patologie tropicali. Qui venne ricoverato il paziente italiano contagiato dal virus Ebola, febbre emorragica, in Sierra Leone nel 2014. L'Africa è riserva di sorprese. L'ultimo fenomeno di rilevanza internazionale è legato al vaiolo delle scimmie che ha fatto capolino in Europa nel 2022.

Margherita De Bac
mdebac@rcs.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA

I medici e il paziente

«Lo abbiamo riconvocato: ci ha detto che nessuno dei suoi contatti è stato male»

8%

Il tasso di mortalità dell'infezione non diagnosticata che in Congo ha causato 30 morti (altri 40 da verificare)



Emergenza

Una donna con il figlio nella zona della Repubblica Democratica del Congo colpita dalla malattia misteriosa. La foto è stata scatta dall'ong Operatori sanitari nel Mondo



Dir. Resp.: Luciano Fontana

L'EPIDEMIA, CONTROLLI SUI VOLI

Congo, il virus sconosciuto: l'Italia alza il livello d'allerta

di **Ruggiero Corcella**

Il virus sconosciuto del Congo, già quasi 400 i casi di infezione. L'Italia ha deciso di alzare il livello di attenzione. a pagina 27

Infezione in Congo, più controlli in Italia

Il focolaio a Panzi: quasi 400 contagi. Il ministero della Salute: nessun allarmismo, attenzione ai voli e nei porti

L'Italia alza il livello di attenzione sulla malattia ancora sconosciuta che in due settimane ha causato 30 decessi (ne sono stati registrati altri 44, ma non sono ancora collegabili direttamente alla malattia) e 394 casi di infezione nella Repubblica Democratica del Congo, ufficialmente riconosciuti dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dai Cdc (Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie) in Africa e dal ministero della Salute del Paese.

Con una lettera inviata dal ministero della Salute, si chiede alle Usmaf, gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera, «di fare attenzione su tutti i punti di ingresso, in particolare modo per i voli diretti provenienti dal Paese».

«La sorveglianza è attiva e monitoriamo costantemente la situazione senza allarmismi, ma con la doverosa attenzione», dichiara in una nota Maria Rosaria Campitello,

a capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie del ministero della Salute. «Il ministero, in modo responsabile — conferma — si è attivato in via cautelativa richiedendo agli uffici periferici Usmaf di assicurare la dovuta attenzione nelle attività di controllo a cui sono preposti».

Anche l'Ambasciata d'Italia a Kinshasa ha diramato un comunicato (il documento è in possesso del *Corriere*) in cui «alla luce della recente emergenza sanitaria in atto nella provincia di Kwango, nella zona di Panzi, dove è stata rilevata una malattia di origine ancora sconosciuta, invita tutti i connazionali presenti nell'area a evitare qualsiasi viaggio verso la zona di Panzi e le aree colpite, salvo i casi di impellente necessità».

L'area di Panzi è una regione isolata nella provincia di Kwango a circa 755 chilometri a Sud-Est di Kinshasa e vicino

al confine con l'Angola.

«Non siamo ancora in una situazione di allarme, che si avrebbe in caso di presenza di un elemento diagnostico nuovo. Se fosse chiaro che l'intera popolazione è suscettibile e fosse conosciuta la modalità di trasmissione (ad esempio per via aerea), allora ciò costituirebbe un allarme — spiega Giovanni Rezza, professore di Igiene e sanità pubblica presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, già dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità —. Per ora si tratta di una situazione circoscritta in una zona ristretta, sicuramente molto grave per l'area interessata. La letalità appare molto alta. Ricorda quanto si osserva per la febbre emorragica, ma i sintomi sono molto di-

versi».

R. Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure

- L'Italia ha alzato il livello di attenzione con una lettera firmata dal ministero della Salute
- Agli uffici competenti è stato chiesto in via cautelativa di potenziare i controlli su voli (non ce ne sono di diretti dal Congo) e nei porti



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Domande
& risposte

Che cosa si sta facendo per diagnosticare questa malattia

Quali rischi ci sono per gli altri Paesi

Colpiti i bimbi: «under 15» l'81% delle vittime

di **Ruggiero Corcella**

1 Dove si trova il focolaio epidemico?

Le aree colpite sono sette su 30 nel distretto sanitario di Panzi, a circa 755 chilometri a Sud-Est di Kinshasa e a 480 chilometri dal capoluogo provinciale. Panzi si trova in un'area isolata nella provincia di Kwango, con difficoltà di accesso specialmente durante la stagione delle piogge, al confine con l'Angola. Gli esperti epidemiologi della Repubblica Democratica del Congo hanno impiegato due giorni per arrivare sul posto. Le infrastrutture sanitarie sono quasi inesistenti. La popolazione vive in una generale precarietà, soffrendo per la mancanza di accesso all'acqua potabile e ai medicinali, a elettricità e Internet.

Il tasso di malnutrizione (61%) è tra i più alti del Paese e già due anni fa la regione era stata colpita da una grave epidemia di febbre tifoide. Epidemie di Konzo (una malattia neurodegenerativa presumibilmente causata da tossine alimentari), colera, malaria e salmonellosi, spesso aggravate da malnutrizione diffusa tra bambini e adolescenti.

2 Quando sono stati «notificati» i primi casi?

I primi casi sono stati rilevati il 24 ottobre. «Il 29 novembre 2024, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) è stata informata di una malattia non diagnosticata in una remota area della Repubblica Democratica del Congo, che si è diffusa a partire da metà ottobre causando numerosi decessi», fanno sapere al *Corriere* dal quartier generale Oms di Ginevra.

3 Che cos'è questa malattia e quali sono le cause?

Non si sa ancora. Il Panzi è «un'area remota con capacità limitata in termini di laboratori e strutture sanitarie, il che rende possibile che si tratti di un patogeno esistente ma ancora non diagnosticato», fanno sapere sempre da Ginevra. E aggiungono: «Attendiamo i risultati dei test di laboratorio, quindi al momento si parla di una malattia non diagnosticata, piuttosto che di una malattia sconosciuta. I primi risultati arriveranno nei prossimi giorni dai laboratori della vicina città di Kikwit. I test includeranno verifiche per influenza — essendo il picco stagionale nella regione —, Covid 19, malaria e morbillo, tra altre malattie. È anche possibile che il focolaio stia

catturando più patologie contemporaneamente».

4 Quali sono i sintomi?

«I sintomi principali osservati sono di tipo respiratorio: febbre, tosse, naso che cola, mal di testa e dolori muscolari. Molti pazienti presentano malnutrizione e anemia, ma ciò potrebbe riflettere lo stato generale di salute della popolazione, poiché la regione registra tassi di malnutrizione estremamente elevati», risponde l'Oms. Tra i 30 decessi avvenuti nei centri sanitari, 17 persone sono morte per problemi respiratori e gli altri per mancata trasfusione in uno stato di grave anemia, ha reso noto il ministero della Sanità congolese.

5 Chi sono i più colpiti e dove avviene la trasmissione?

«Tra i casi segnalati fino al 3 dicembre — risponde l'Oms —, il 63% riguarda bambini sotto i 15 anni, che rappresentano anche l'81% dei decessi.



Tra questi, i bambini sotto i 5 anni sono particolarmente colpiti. La trasmissione avviene principalmente nei nuclei familiari: i genitori infettano i figli o viceversa».

6 Quali le raccomandazioni per la popolazione?

In attesa delle conclusioni delle indagini, il ministero della Salute ha raccomandato misure ispirate alla lotta al Covid 19: limitazione degli assembramenti, lavaggio frequente delle mani e segnalazione dei casi sospetti. Le autorità locali hanno anche preso in considerazione la

possibilità di limitare la circolazione delle persone nei villaggi vicini per arginare la diffusione.

7 C'è il rischio che il contagio si propaghi anche fuori dal Congo?

«La zona sanitaria di Panzi si trova nella provincia di Kwango, nel Sud-Ovest del Paese, al confine con l'Angola. Questo solleva preoccupazioni per un potenziale rischio di trasmissione transfrontaliera. Al momento, nessun caso con presentazione clinica simile a quella osservata è stato segnalato in Angola, ma il rischio di

diffusione oltre confine rimane. L'Oms in Angola è stata allertata e sta collaborando con le autorità nazionali», dicono dall'Agenzia dell'Onu.

La malnutrizione

In questa area arriva al 61% della popolazione. Diverse le epidemie affrontate dalla regione

I contagi

Avvengono in famiglia. Febbre, tosse, naso che cola i principali sintomi aggravati dall'anemia



La malattia del Congo in un'area isolata Ecco perché il rischio per l'Italia è basso

VITO SALINARO

Non c'è ancora nulla di certo sulla malattia che ha provocato decine di morti nelle ultime settimane in Congo e che ha allertato i sistemi sanitari di tutto il mondo. L'agente patogeno in questione è al momento sconosciuto in quanto non ancora isolato; si tratterebbe di un virus respiratorio con la caratteristica di provocare gravi anemie soprattutto tra ragazzi e bambini, con una mortalità stimata, nella zona di diffusione dell'8%. Stime e nulla più. Perché di vere e proprie diagnosi non ce ne sono. Anche perché la zona interessata è tra le più povere del Paese, gli abitanti sono spesso denutriti, hanno sistemi immunitari compromessi, non sono seguiti da strutture sanitarie adeguate, e sono quindi esposti maggiormente.

«La malattia è contenibile»

Nelle ultime ore l'allarme sembra ridimensionarsi. Perché secondo il ministero della Sanità congolese l'epidemia dura da oltre 40 giorni e i morti accertati nei presidi sanitari sono 27 su 382 contagiati. Altri 44 decessi sono stati registrati in villaggi limitrofi, ma senza una verifica della diagnosi, per un totale di circa 70 morti. Una gran parte dei decessi si deve però alla totale mancanza di cure. La zona di Panzi, dove si è sviluppata la malattia, è estremamente remota e scarsamente popolata. La valutazione degli esperti al momento è che l'epidemia possa dunque essere contenuta. A Kenge, il capoluogo della regione interessata, si trova un piccolo aeroporto nazionale, ma l'accesso alla regione è complicato, specialmente nell'attuale stagione delle piogge. In questo periodo ci possono volere 12-24 ore per raggiungere la regione di Kwango dalla Capitale. Non c'è una strada diretta tra Kenge e Panzi, che è molto più a sud e vicina al confine con l'Angola. La zona inoltre è interessata dal conflitto Yaka-Teke con le milizie "Mabondo".

I sintomi

I disturbi accusati sono febbre, mal di testa, mal di gola, tosse e difficoltà respiratorie. Tuttavia, il quadro clinico in questo caso è aggravato da una grave anemia. «L'anemia fa pensare alla polmonite da Mycoplasma, ma è troppo presto per fare una diagnosi finché non saranno riportate ulteriori analisi», dice Paul Hunter, docente di Medicina alla University of East Anglia (Regno Unito). Il Mycoplasma pneumoniae è un batterio responsabile di patologie che interessano soprattutto l'apparato respiratorio. Le manifestazioni variano dalle lievi infezioni delle vie aeree superiori alle forme più severe di polmonite, spesso asintomatica, ma, quando le difese immunitarie sono ridotte, l'infezione può condurre a complicanze ematologiche e neurologiche gravi.

La reazione dell'Oms

Una simile allerta ha interessato immediatamente gli uffici regionali dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Un team di esperti sta consegnando alle autorità locali medicinali essenziali, kit diagnostici e per la raccolta dei campioni, con lo scopo di compiere analisi e determinare la causa della malattia. Con i dirigenti del locale ministero della Salute, l'Oms sta raggiungendo le zone più colpite, attuando le prime misure di risposta, come l'attività di indagine epidemiologica e la raccolta di campioni per i test, la ricerca attiva dei casi, il trattamento e le attività di sensibilizzazione delle persone, la prevenzione per identificare e segnalare ulteriori casi.

Gli esperti sui rischi di contagio

L'Italia ha alzato il livello di attenzione sulla malattia investendo del problema le Usmaf (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera), anche se non esistono voli diretti con il Paese africano. Al momento non c'è nessun allarme per il nostro Paese ma, in tempi di globalizzazione, la sorveglianza è stata innalzata. Il rischio di diffusione sarebbe comunque basso secondo l'infettivologo Matteo Bassetti, direttore della clinica Malattie infettive

dell'Irccs San Martino di Genova: «Sono stati centinaia i casi di questa malattia. Stiamo parlando di un'area del mondo dove ci sono numerosi problemi anche di nutrizione, che vuol dire avere un sistema immunitario che funziona meno», evidenzia Bassetti. Dalla sintomatologia, aggiunge l'infettivologo, «potrebbe trattarsi di una febbre emorragica. Sono forme virali come per Ebola o per la febbre emorragica di Congo-Crimea, cioè infezioni già note, magari sostenute da un nuovo virus». Sulla paura del contagio, Bassetti dichiara che «nell'area viene fatto un cordone sanitario dell'Oms. Da questo punto di vista la situazione sembra sotto controllo». A predicare cautela e ad evitare allarmi affrettati, anche Carlo Perno, responsabile della Microbiologia e diagnostica di immunologia, del Bambino Gesù di Roma. In Congo e Camerun, afferma, si concentra la maggiore parte dei virus del pianeta. Un luogo quindi ideale per l'ormai noto salto di specie (spillover), il processo per cui un patogeno degli animali evolve e diventa in grado di infettare, riprodursi e trasmettersi nella specie umana. Perno rimarca che è difficile «sapere quante persone si sono davvero infettate. In quelle zone solo il 3-4% delle persone riesce ad accedere all'assistenza medica in ospedale. I casi quindi potrebbero essere molti di più e se così fosse la percentuale di mortalità potrebbe essere molto più bassa». L'ipotesi Mycoplasma? «Perché no? Ma - osserva - a meno che non sia una nuova forma, queste si risolvono generalmente in modo benigno».

LO SCENARIO

Secondo una prima, sommaria stima delle autorità locali, la mortalità sarebbe dell'8%. Gli esperti: le vittime sono però quasi sempre denutrite, con un sistema immunitario debole e senza adeguata assistenza sanitaria



«Non ci sono segnali per temere nuove pandemie. Lì povertà e denutrizione»

Palù: attenzione sì, paura no. Aspettiamo la diagnosi per capire

di **Margherita De Bac**

Chi è



● Giorgio Palù, 75 anni, è un virologo con oltre 600 pubblicazioni al suo attivo

● È stato presidente dell'Agenzia italiana del farmaco

● Dal 2021 al 2022 è stato membro del Comitato tecnico-scientifico sul Covid

● È docente emerito di Virologia e microbiologia all'Università di Padova

«Non ci sono avvisaglie dell'arrivo di nuovi virus capaci di originare una nuova pandemia. Anche quello dell'influenza aviaria non possiede ancora le caratteristiche per trasmettersi all'uomo», inquadra, ridimensionandoli, i pericoli infettivi che si stanno profilando in Africa e Stati Uniti (influenza aviaria) il virologo Giorgio Palù.

Il ministero della Sanità del Congo ha diffuso notizie ufficiali sull'epidemia che sta coinvolgendo un'area remota del Paese, vittime soprattutto bambini. Secondo gli esperti locali «la situazione potrebbe essere contenuta». Ma manca ancora la diagnosi in quanto sul posto molto impervio, ai confini con l'Angola, dove imperversa un conflitto ed è stagione delle piogge, non sono ancora arrivati né i tecnici del ministero di Kinshasa né quelli dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Si parla di una infezione misteriosa, è così?

«È una regione molto selvaggia e sguarnita di presidi medici dove è presente ogni genere di malattia: tubercolosi, Aids, malaria, colera, Ebola, vaiolo delle scimmie e morbillo. Non dimentichiamo che anche Zika e Chikungunya, infezioni trasmesse dalle zanzare infette, con alcuni casi in Italia, nascono lì».

Che cosa si può ipotizzare?

«Siamo a oltre 800 chilometri da Kinshasa. Il fatto che

i bambini siano i più colpiti fa pensare a un virus respiratorio che interessa i polmoni ma non si può escludere neppure un batterio. Adulti e anziani sembra siano protetti probabilmente per aver già incontrato questa infezione e aver sviluppato una certa immunità».

C'è preoccupazione fra i suoi colleghi dell'Organizzazione mondiale della sanità?

«La vera preoccupazione è che possa trattarsi di un virus simile a quello che origina la febbre di Lassa, ora presente in Namibia ma non segnalato finora in Congo. Provoca emorragie di cui però non si ha notizia in questo caso».

L'Italia ha intensificato i controlli sui passeggeri in arrivo da quell'area del mondo.

«È bene che l'Ue si sia preparata organizzando un sistema di sorveglianza più stretto in modo da essere pronta se si creassero i presupposti per un allarme più esteso».

Vede dei pericoli?

«Sinceramente no. La popolazione colpita è denutrita, vive in estrema povertà, è esposta a tutte le malattie. Anche virus e batteri banali possono essere mortali per bimbi così indifesi. Attenzione sì, paura no. Aspettiamo la diagnosi per capire».

Come mai la maggior parte delle novità infettivologiche arrivano dalle zone sub equatoriali e equatoriali dell'Africa?

«Ricordo che ci troviamo laddove la specie *homo sapiens* si è evoluta. Tutto nasce lì dove oltretutto la coabitazione

uomo-animale è molto stretta ed è facile che virus animali passino all'uomo».

L'influenza aviaria può generare una pandemia?

«No, perché è dal '97 che sta circolando e il virus da cui dipende, l'H5N1, in tanti anni non si è dimostrato capace di diventare pandemico. Si è trasmesso all'uomo solo in circostanze accidentali senza mai dare sintomi gravi oltretutto. Attualmente l'H5N1 non ha i recettori necessari per legarsi alla cellule che si trovano lungo le vie respiratorie dell'uomo e contagiare».

Però ha infettato cinquanta specie aviarie e un centinaio di mammiferi tra marini e terrestri, selvaggi o domestici.

«La vera novità è che negli Usa si è diffuso nelle mucche da latte che hanno nelle mammelle recettori al virus molto simili a quelli degli uccelli. Circa 13 operatori del settore lattiero caseario si sono ammalati ma con sintomi lievi; non c'è stata trasmissione tra individuo e individuo».

In una situazione comunque in evoluzione lei consiglia di vaccinarsi contro l'influenza?

«Certo, si fa ancora in tempo. Il vaccino induce una difesa contro tutti i virus dell'influenza non solo quelli da cui è composto».

mdebac@rcs.it

Rapporto uomo-animale
Nell'area la coabitazione è molto stretta ed è facile che i virus animali passino all'uomo



Alzheimer, l'eccellenza San Raffaele: scelto dalla Cina per progetti comuni

L'ACCORDO

ROMA Per migliorare la cura e le tecniche di riabilitazione dei pazienti con patologie come l'Alzheimer, gli scienziati cinesi hanno scelto i colleghi italiani. L'Irccs San Raffaele di Roma e la Facoltà di Medicina Tradizionale cinese dell'Università di Shanghai hanno infatti sottoscritto un protocollo di collaborazione sulla riabilitazione motoria e cognitiva. In sostanza, gli scienziati del centro di ricerca romano condivideranno con i medici della Repubblica Popolare cinese sia le metodologie di neuroriabilitazione che i progetti di ricerca. «L'idea alla base del protocollo - spiega Jian-Guang Xu, direttore della Facoltà di Medicina Tradizionale cinese dell'Università di Shanghai - è quella di riuscire a far fronte comune ai deficit funzionali a lungo termine causati da malattie o lesioni cerebrali quali l'ictus, che dal 2015 è diventato la principale causa di morte e disabilità in Cina». L'accordo permetterà anche di allargare ad una platea molto vasta i diversi studi

già avviati dai ricercatori del San Raffaele. «Si tratta del gruppo più influente in ambito di Medicina Fisica e Riabilitativa della Repubblica Popolare cinese - ha precisato Massimo Fini, direttore scientifico dell'Irccs romano - Estende la propria rete assistenziale su numerose città del Paese sud-orientale, oltre a Shanghai, Wu-xi, Jiang, Wuhan, in ospedali che complessivamente contano oltre 10mila posti letto e servono una popolazione di diverse centinaia di milioni di abitanti». Per gli scienziati italiani è dunque un motivo di orgoglio. «Ci hanno cercato loro - precisa Paolo Maria Rossini, responsabile del dipartimento Neuroscienze e Neuroriabilitazione del San Raffaele - I cinesi hanno la tecnologia ormai di alto livello, una casistica smisurata, ma hanno bisogno di metodo di ricerca, di una entrate più solida sulle riviste scientifiche, e anche di contatti più continuativi con gli organismi internazionali». E così, dopo aver letto tutti gli articoli pubblicati nella letteratura scientifica dei colleghi romani, li hanno contattati, hanno fatto diverse riunioni da remoto su un loro progetto di ricerca sull'Alzheimer e poi li hanno invitati, a loro

spese, a Shanghai.

LA COLLABORAZIONE

«Siamo stati lì 10 giorni - racconta Rossini - Abbiamo tenuto conferenze in giro per farci conoscere. E poi sono venuti a Roma e abbiamo firmato un accordo quadro. Questa collaborazione può essere molto interessante soprattutto in termini di raccolta di casi: se infatti i cinesi adottano un nostro studio, sono poi in grado di portarlo avanti su migliaia e migliaia di pazienti in tempi molto rapidi. Abbiamo concordato, tra l'altro, che collaboreranno agli studi sull'ictus e sul recupero del movimento in pazienti con deficit di movimento a causa di lesioni acute del sistema nervoso. La Cina, forse a differenza del nostro Paese, sa riconoscere e inseguire le eccellenze italiane».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Paolo Maria Rossini con i rappresentanti di Shanghai



» LOVREGLIO, DERMATOLOGA

“Ragazze rifatte ovunque: occhi, labbra e seno...”

» Antonello Caporale

A 13 anni le labbra alla russa, a 14 gli occhi a coda di volpe. A 15 - con le prime paghette - una siringa con le amiche di acido ialuronico. E poi a 18 anni il seno.



Ci sono date e date. Compleanni e ricorrenze. C'è il regalo di Natale e il diciottesimo. C'è da scegliere

se essere belle o bellissime. Addirittura perfette. Ci sono ragazzine e ragazzine.

A PAG. 6

• **Roberta Lovreglio** Dermatologa oncologica e estetica

“Rifattissime: a Natale le labbra, a Capodanno gli occhi e ai 18 il seno”

» Antonello Caporale

A tredici anni le labbra alla russa, a quattordici gli occhi a coda di volpe. A quindici - con le prime paghette - una siringa con le amiche di acido ialuronico. E poi a diciotto anni, finalmente, il seno.

Ci sono date e date. Compleanni e ricorrenze. C'è il regalo di Natale e il diciottesimo. C'è da scegliere se essere belle o bellissime. Addirittura perfette. Ci sono ragazzine e ragazzine.

Nello studio di Ro-

berta Lovreglio, coordinatrice nazionale dei centri di medicina rigenerativa della Lilt (Lega per la lotta ai tumori) c'è un via vai di mamme.

È l'effetto collaterale di un fenomeno enorme che coinvolge le quasi bimbe e le rende drammaticamente adulte, trasformando la pubertà nella via disgraziata a quel che si ritiene sia la felicità.

La corsa all'ingiù verso il

felicemente rifatto.

Le nuove schiave di tik tok, di instagram, dei filtri fotografici. La folla ansiosa di giovanissime che l'intelligenza artificiale manda a questa specie di macero corporale.

Nel suo studio vengono e chiedono.

Noi non rispondiamo alle loro esigenze, chiamiamole estetiche e fermiamoci qui,



ma con trentadue anni di esperienza vuole che non abbia sentito, visto, diagnosticato i più tristi fenomeni di rimodellamento?

La mamma per il diciottesimo compleanno della figlia.

Dottoressa, avevo promesso che con la maggiore età le avrei regalato il seno e non mi sento di negarglielo.

Il seno d'oro.

Il seno costicchia: siamo sui diecimila euro. Ambisce al senso rifatto quella figliolanza del ceto medio alto, le figure femminili che la pubertà le ha trasformate in piccole donne. Mai state bambine, mai interessate a studiare, poco amanti dello sport. Tanto tempo libero e tanto computer.

Lei prima diceva: ci sono ragazze e ragazze.

Esattamente: c'è la generazione botox, dove l'apparenza è la più cospicua forma di gratificazione, e il resto del mondo femminile che studia. fa

sport, s'innamora e non pensa al rinofiller.

Il naso coi fiocchi.

Ieri la figlia di un carrozziere è venuta da me a espormi il suo dramma. Dopo essersi fatta rifare il naso ha notato, guardandosi per settimane intere allo specchio e credo perdendosi in esso, dei millimetri di differenza tra la narice destra e quella sinistra. Un fatto invisibile agli altri umani, a chiunque l'avesse osservata, e invece una dismetria sconvolgente per lei. Che l'ha portata a chiedere una seconda prova di rimodellamento, a infliggere un'ulteriore pena al suo corpo. La tristezza sa qual è stata?

Il padre accondiscendente.

Quel papà che piegava il capo, assicurandole ogni comprensione.

I papà fanno queste cose?

In genere no, sono le mamme. Soprattutto quelle

mamme che hanno trovato già gratificante per se stesse un bel paio di labbra.

Oggi per le più piccine vanno di moda le labbra alla russa.

Sul web si vendono queste fiale di acido ialuronico, si fanno le collette settimanali per farsele iniettare. Pochi soldi, tanti rischi.

Come se ne esce?

Solo entrando nelle scuole a spiegare, illustrare, confortare.

Forse bisognerebbe prima entrare nella testa delle mamme.

Le mamme di quelle ragazze che non trovano sicurezze nello studio, non hanno un lavoro né un hobby qualunque.

Non studiano, escono poco.

Stanno davanti allo specchio nei pochi momenti di libertà dall'assillo del telefonino.

È lì il processo ricostituente.

Lì guardano le bellissime, quelle che i filtri magici rendono così perfette da essere inimitabili e decidono la scala verso il paradiso.

Mamma, per Natale voglio farmi all'occhio l'effetto a coda di volpe.

Allungarlo, a mo' di giapponese.

L'occhio per Natale per le più piccine.

Soprattutto le labbra per Natale.

Il seno al compleanno.

Piccola, la mamma ti promette che a diciotto anni ti regalerà il seno.

E a venticinque?

Liposuzione, eccetera.

Fanno le collette per comprare sul web acido ialuronico: pochi soldi, tanti rischi

LA BIOGRAFIA

COORDINATRICE nazionale dei centri di medicina rigenerativa della Lilt (Lega per la lotta ai tumori), Roberta Lovreglio è medico chirurgo specializzata in dermatologia e venerologia e ha pubblicato diversi articoli scientifici per la prestigiosa rivista internazionale Lancet Journal of Dermatology

Le giovanissime sono schiave di tik tok, l'intelligenza artificiale le manda a questa specie di macero corporale

Ritocca e gonfia
Maschere rifatte
A destra
la dottoressa
Lovreglio
FOTO ANSA



6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Maculopatia, anche in Italia prima sperimentazione della terapia genica per forma umida al Gemelli

Anche l'Italia entra a far parte della sperimentazione di ABBV-RGX-314, una terapia genica per il trattamento della degenerazione maculare umida legata all'età. Secondo caso in Europa, dopo la Francia, nell'ambito di uno studio clinico di fase 3 già avviato negli Stati Uniti, la sperimentazione partirà al Gemelli di Roma e sarà guidata da Stanislao Rizzo, direttore del Dipartimento di Oculistica del Policlinico A. Gemelli IRCCS e ordinario di Oculistica presso l'Università Cattolica di Roma.



“È una delle emergenze con le quali gli esperti dovranno confrontarsi sempre più spesso. La degenerazione maculare legata all'età attualmente interessa oltre un milione di italiani e impedisce una visione distinta e chiara degli oggetti e dei colori. Un panorama destinato a cambiare nel prossimo futuro anche grazie all'arrivo della terapia genica – dichiara Rizzo -. La maculopatia è una patologia che compromette in maniera significativa la qualità della vita dei pazienti ed è molto diffusa: riguarda il 2% degli italiani e aumenta con il crescere dell'età – osserva -. È ormai una malattia sociale che rappresenta la causa più frequente di ipovisione e disabilità visiva dopo i 50 anni, nel mondo occidentale. Esistono due forme: quella secca, la più comune che rappresenta l'85% di tutte le forme, e determina una perdita lenta della visione centrale, e quella umida o essudativa che, al contrario, si manifesta con sintomi che generalmente compaiono all'improvviso e peggiorano rapidamente. La forma essudativa è causata dalla formazione di nuovi vasi sanguigni anomali negli strati interni o al di sotto della retina, che possono perdere sangue o liquidi, provocando la cicatrizzazione della macula e un danno irreversibile ai fotorecettori – spiega l'esperto -. La terapia della forma umida si avvale da qualche anno degli anti-VEGF, diretti contro un fattore di crescita che facilita la proliferazione dei nuovi vasi nella regione maculare, in grado di ridurre il rischio di perdita della vista centrale. Tuttavia questi farmaci devono essere iniettati in maniera continuativa, in genere una volta al mese, anche per tutto il resto della vita, con notevole impegno di tempo e risorse da parte del paziente e dei caregiver. Da qui la necessità di trovare terapie innovative come quella genica, soprattutto per ridurre il numero di iniezioni per questi pazienti”.

Per la terapia genica della degenerazione maculare essudativa si utilizza un vettore virale, che porta nelle cellule un gene con istruzioni per la produzione di specifiche proteine. “ABBV-RGX-314 è un farmaco che trasporta istruzioni genetiche per la produzione di proteine anti-VEGF – spiega Rizzo -. Dopo una sola iniezione del farmaco nello spazio sottoretinico, che avviene in sala operatoria con anestesia locale, l'occhio in sostanza inizia a produrre autonomamente le proteine che gli servono per contrastare la proliferazione dei vasi sanguigni, agendo come quegli stessi farmaci che iniettano le

sostanze dall'esterno", precisa.

"La sperimentazione è promettente, ma è ai primi passi. Bisognerà aspettare i risultati nel tempo per capire se ciò si tradurrà nella possibilità di una visione stabile nel lungo termine, senza lo sforzo anche logistico ed emotivo di iniezioni intravitreali continue", sottolinea Rizzo.

Le altre terapie all'avanguardia: gli impianti intraoculari

Sono già disponibili o allo studio nuove cure che possano ridurre l'impatto del trattamento, con una lunga durata d'azione che consentirà di prolungare gli intervalli tra una iniezione vitreale e l'altra. Dopo il recente arrivo in Italia di faricimab, il primo anticorpo bispecifico 'a doppio bersaglio', che oltre ad agire come anti-VEGF blocca l'angiopoietina-2 coinvolta nella crescita anomala di nuovi vasi, è da poco stato approvato un ulteriore nuovo farmaco, aflibercept 8 mg, capace di prolungare gli intervalli di ritrattamento fino a 5 mesi con conseguente riduzione del numero di iniezioni per i pazienti. Ma non solo. Ora è atteso l'arrivo dell'impianto intraoculare di ranibizumab, un anti-VEGF già disponibile per le iniezioni intravitreali che può essere inserito in un piccolo serbatoio ricaricabile da impiantare chirurgicamente nella parete dell'occhio, per erogare quotidianamente piccole quantità di farmaco. "La strategia terapeutica prevede di inserire nell'occhio piccoli serbatoi che rilasciano gradualmente il farmaco dall'interno e che possono essere 'ricaricati': il lento rilascio allunga il periodo d'azione del farmaco e consente così di ridurre il numero delle iniezioni necessarie all'anno – afferma Rizzo -. La stessa strategia si sta perseguendo per un altro principio attivo con un diverso meccanismo d'azione, ma con un analogo effetto di blocco della formazione di nuovi vasi, l'inibitore di tirosin-chinasi axitinib, per il quale è stato appena avviato uno studio clinico di fase 3. In questo caso si utilizza un impianto di idrogel riassorbibile che eroga il farmaco stabilmente per diversi mesi e, stando ai risultati dei trial di fase 1 e 2, potrebbe tagliare del 90% la necessità di iniezioni intravitreali", conclude.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

“Studenti per la Ricerca”: la formazione medica si apre all’eccellenza scientifica

di Paolo Castiglia

Promuovere l’eccellenza e valorizzare il potenziale degli studenti di Medicina: questi i pilastri su cui si basa il progetto innovativo “Studenti per la Ricerca”, ideato e promosso da UniCamillus, l’Università Medica Internazionale di Roma, con sedi anche a Venezia e in Sicilia. L’obiettivo? Coinvolgere gli studenti nel vivo della ricerca medico-scientifica già durante il percorso accademico, rendendoli protagonisti attivi e non semplici spettatori.

UniCamillus è, infatti, la prima università in Italia a integrare formalmente i progetti di ricerca nella formazione dei futuri medici, un elemento che la distingue nel panorama accademico nazionale. L’iniziativa parte dalla consapevolezza di una criticità diffusa: la ricerca scientifica in ambito universitario, per molti studenti, si limita spesso alla redazione della tesi di laurea. Questo approccio rischia di sottovalutare l’enorme potenziale creativo e innovativo che gli studenti potrebbero offrire, se adeguatamente coinvolti sin dai primi anni.

Attraverso il progetto, gli studenti imparano a padroneggiare il metodo scientifico necessario per elaborare ricerche di rilievo internazionale, con l’obiettivo di arrivare a pubblicazioni accademiche e di partecipare a congressi. “Alla fine del percorso, i loro nomi compariranno tra gli autori dei lavori scientifici a cui hanno contribuito”, sottolineano i promotori.

“Studenti per la Ricerca” è stato fortemente voluto dal prof. Piero Cascone, ordinario di chirurgia maxillo facciale, e dalla prof.ssa Barbara Tavazzi, presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. “La forza, l’entusiasmo e la freschezza delle idee degli studenti durante la loro vita universitaria - sottolinea Cascone - si sprigionano in questo progetto, che impegna non solo gli studenti, ma anche i professori in un compito forse difficile ma pieno di soddisfazioni”.

Anche Tavazzi esprime il proprio orgoglio per il progetto: “Siamo molto orgogliosi di messo in atto questo progetto innovativo, che permette agli studenti di avvicinarsi e di inserirsi nel mondo della ricerca a stretto contatto con i docenti e i ricercatori dell’Ateneo. È rilevante il coinvolgimento e l’impegno che i ragazzi dimostrano, che oltre a una crescita personale e professionale li ha anche portati ad avere risultati tangibili, come partecipazioni a congressi e la stesura di lavori scientifici”.

Il prof. Emiliano Maiani, delegato alla ricerca, sottolinea l’importanza dell’iniziativa: “UniCamillus si impegna a coinvolgere i propri studenti nelle attività di ricerca, favorendo la diffusione della cultura scientifica e offrendo loro un ruolo attivo in progetti innovativi. In Italia, gli studenti dei corsi di laurea in ambito medico raramente hanno l’opportunità di partecipare direttamente a esperienze di ricerca, che spesso si



riducono alla stesura della tesi di laurea. L'iniziativa 'Studenti per la Ricerca' nasce proprio per superare questo limite, creando nuove prospettive per una formazione universitaria più ricca e completa".

Un'opportunità di crescita a tutto tondo: attraverso "Studenti per la Ricerca", UniCamillus punta a formare medici più consapevoli, culturalmente preparati e orientati all'innovazione. Il progetto rappresenta non solo un percorso di arricchimento accademico, ma anche un'occasione unica per costruire un profilo professionale altamente competitivo. Gli studenti, organizzati in piccoli gruppi da 3-4 persone e selezionati su base volontaria, vengono guidati dai docenti in attività di ricerca calibrate sui loro interessi. Questi progetti occupano almeno 3 ore settimanali e si sviluppano nell'arco di un anno, senza compromettere il regolare svolgimento degli esami o delle attività curriculari.

Attivato da circa un anno, il progetto ha già dimostrato il suo valore, offrendo agli studenti una formazione concreta, fatta di impegno, collaborazione e risultati tangibili confermando la vocazione all'innovazione di UniCamillus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

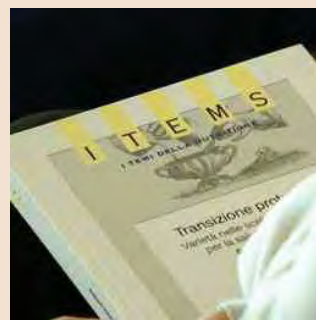
MEDICINA E RICERCA

S
24

Items Danone: un ponte tra ricerca scientifica, educazione e istituzioni sull'importanza della nutrizione

di *Lorenzo Morelli**

Fondazione Istituto Danone (FID) nasce nel 1991 con l'obiettivo di rappresentare un punto di riferimento autorevole sui complessi temi della nutrizione umana e diffondere una corretta cultura della nutrizione, fondandosi su un approccio scientifico rigoroso e basato su evidenze scientifiche. Il 26 novembre 1994, la Fondazione lanciava il primo volume della collana "ITEMS. I temi della nutrizione", un progetto ambizioso che ha avuto un ruolo fondamentale nella promozione della conoscenza scientifica in ambito nutrizionale, tracciando un percorso pionieristico di eccellenza e diventando un punto di riferimento per la comunità accademica e medica. Oggi, a distanza di trent'anni, gli ITEMS rappresentano un importante strumento di approfondimento anticipando temi di salute ora al centro del dibattito pubblico.



I volumi ITEMS si sono distinti sin dal principio per il loro approccio innovativo e scientifico, curati dai membri del Comitato Scientifico di FID, con il supporto di esperti del settore: anche per il valore e il rilievo degli studiosi coinvolti nella stesura di questi volumi, gli ITEMS sono stati da subito consultati in ambito universitario favorendo un coinvolgimento del mondo accademico nella loro diffusione. Fin dal loro esordio, gli ITEMS hanno trattato argomenti che, pur non essendo ancora sotto i riflettori dell'epoca, sarebbero poi diventati centrali nel dibattito pubblico e scientifico.

Un faro per la scienza della nutrizione

A partire dal primo volume, "L'alimentazione nelle diverse età: aspetti di fisiopatologia", gli ITEMS hanno affrontato con approccio scientifico rigoroso argomenti centrali per la nutrizione, proponendo concetti innovativi come i cosiddetti "turning points nutrizionali". Questi momenti chiave della vita, in cui le abitudini alimentari cambiano profondamente – dall'infanzia all'età adulta, fino alla fragilità della terza età – e che quindi impattano sulla salute, sono diventati un filone di ricerca fondamentale per comprendere come l'alimentazione possa influire sulla salute in ogni fase della vita. Abbiamo preso in esame momenti particolari della vita in cui si cambia dieta: si pensi al passaggio dal latte materno allo svezzamento ma anche alla vita fuori casa degli studenti universitari fuori sede, che devono per la prima volta provvedere autonomamente nella scelta della propria dieta; per arrivare al periodo in cui la persona anziana ha bisogno di un caregiver che se ne prenda cura, pur provenendo quest'ultimo/a da tradizioni culinarie estremamente lontane e avendo spesso poca competenza sulle necessità

nutrizionali di questa fase della vita. Molti dei temi affrontati nei volumi ITEMS hanno mantenuto la loro attualità e continuano a essere centrali nel dibattito scientifico. Un esempio emblematico è proprio il tema dell'alimentazione nelle diverse fasi della vita, più volte approfondito nella collana e ripreso nel volume del 2021 dedicato alla "Nutrizione sostenibile dal concepimento all'adolescenza". Nel tempo, il concetto di nutrizione si è ampliato, integrando la dimensione della sostenibilità, che oggi non si limita più all'aspetto ambientale ma abbraccia anche implicazioni nutrizionali, sociali ed economiche: uno dei problemi che probabilmente affronteremo nei prossimi anni è infatti quello della sostenibilità economica di una corretta alimentazione. Questo approccio multidimensionale riflette una visione moderna della nutrizione, capace di rispondere alle sfide complesse della società contemporanea.

Nel corso degli anni, la collana ITEMS ha anticipato, e in molti casi guidato, il dibattito su temi oggi al centro dell'attenzione sanitaria globale. Dall'anoressia all'obesità, dalle allergie alimentari alla sostenibilità nutrizionale, ogni volume ha rappresentato un punto di svolta, contribuendo al dibattito scientifico e alla formazione di professionisti del settore. Gli ITEMS hanno dedicato anche attenzione a temi quali la conservazione dell'efficienza fisica e muscolare, fondamentale per affrontare la longevità e le fasi avanzate della vita. La perdita di massa muscolare, conosciuta come sarcopenia, è infatti una delle problematiche principali per la popolazione anziana, con gravi implicazioni per la salute che compromettono la qualità della vita. La popolazione italiana invecchia e nutrire in modo adeguato queste persone è cruciale.

Ricerca scientifica e politiche per la salute pubblica

Tra le pubblicazioni più rilevanti della collana, spicca il volume "Sovrappeso e Obesità: nuovi scenari dell'epidemiologia dell'obesità nell'ultimo ventennio" (2017), presentato presso la Biblioteca del Senato. Un'occasione che ha sottolineato la necessità di affrontare questa emergenza sanitaria globale con un approccio basato su evidenze scientifiche. Negli ultimi anni, gli ITEMS hanno ampliato il proprio orizzonte, includendo temi come la sostenibilità e la transizione proteica. Il volume "Preservare muscoli ed efficienza fisica per una longevità di successo" ha ricevuto l'importante endorsement della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), a conferma della rilevanza scientifica dei contenuti, soprattutto in relazione all'invecchiamento della popolazione. Di grande impatto è stato inoltre il più recente volume dedicato alla "Transizione proteica", che esplora il delicato equilibrio tra proteine animali e vegetali e il loro ruolo nelle sfide future della nutrizione. Presentato in plenaria durante il congresso della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) - un importante riconoscimento al lavoro di informazione che è stato fatto da Fondazione Istituto Danone - il testo vuole indirizzare le scelte nutrizionali in una direzione di salute e sostenibilità.

Una piattaforma per la condivisione del sapere

Il successo della collana ITEMS si deve anche al valore degli autori coinvolti, tra i massimi esperti nei campi dell'alimentazione, della nutrizione e delle patologie correlate e i volumi sono pertanto diventati veri e propri strumenti di lavoro per specialisti, operatori sanitari e accademici. Questo ha permesso alla Fondazione Istituto Danone di creare un ponte tra ricerca scientifica, educazione e Istituzioni, contribuendo a una diffusione capillare della conoscenza e favorendo il dialogo su temi di cruciale importanza per la salute pubblica.

Uno sguardo al futuro per un'alleanza tra mondo scientifico e Istituzioni

Gli ITEMS rappresentano un esempio di come la divulgazione scientifica possa tradursi in cambiamenti concreti per il miglioramento della salute collettiva. Grazie alla loro capacità di anticipare le sfide emergenti, come l'obesità, l'invecchiamento e la sostenibilità nutrizionale, continuano a essere un modello di riferimento per la ricerca scientifica e la sua divulgazione. Con lo sguardo rivolto al futuro, Fondazione Istituto Danone si propone di rafforzare ulteriormente il legame tra scienza e Istituzioni,

promuovendo una visione della nutrizione non solo come disciplina accademica, ma come pilastro essenziale per le politiche sanitarie e per il benessere delle persone, promuovendo il dialogo con le Istituzioni e ponendosi come punto di riferimento scientifico su cui fare affidamento per ottenere informazioni scientificamente corrette e prontamente aggiornate sui temi nutrizionali. In un mondo sempre più interconnesso e complesso, i trent'anni degli ITEMS rappresentano una base solida per affrontare le sfide del domani con la stessa passione e rigore scientifico che hanno caratterizzato il passato.

**Presidente Scientifico Fondazione Istituto Danone
Professore Ordinario di Microbiologia
Università Cattolica del Sacro Cuore*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sempre più giovani donne vittime dell'abuso di alcol

►L'allarme lanciato dai medici che si occupano di dipendenze: «Quasi sei su dieci bevono abitualmente, un trend in crescita dalla fine della pandemia di Covid-19»

IL FOCUS

Le donne bevono di più, soprattutto fuori pasto e in modo occasionale. Aumenta il numero dei consumatori di alcol, con un'impennata preoccupante tra i più giovani e si registra un incremento, per il 2023, dell'assunzione di bevande alcoliche rilevato esclusivamente nel mondo femminile. Dal 57,5% la quota delle donne che bevono è passata al 59,2%, confermando il trend di crescita attestato a partire da periodo post pandemico. «Abbiamo registrato una salita in termini di percentuale dell'uso di alcool tra le donne, in particolare nella fascia di età compresa tra i 20 e i 55 anni - spiega Giuseppe Anastasi, psicologo e direttore della Unità operativa complessa Salute e Dipendenze della Asl Roma 3 - un dato preoccupante perché le donne lo sopportano meno in quanto l'organismo femminile ha una minore percentuale di acqua corporea e una maggiore concentrazione di alcol nel sangue per la stessa quantità consumata. Le donne presentano anche livelli più bassi dell'enzima Adh che degrada l'alcol nello stomaco. Inoltre le donne sono anche più predisposte degli uomini a malattie del fegato. Va da sé che si ha una minore efficienza dei meccanismi di metabolizzazione».

I DATI

Mentre in generale il consumo

giornaliero è rimasto pressoché invariato, salta all'occhio la crescita del consumo occasionale (47,9% nel 2022 e 48,9% nel 2023) e quello relativo a quanto si beve quando non si è tavola (31,7% nel 2022 e 32,8% nel 2023): le donne quindi non solo eccedono nell'uso di alcol, ma preferiscono assumerlo lontano dai pasti principali. «Purtroppo quando vengono segnalate queste situazioni - aggiunge Anastasi - ci troviamo già davanti a quadri clinici compromessi. L'abuso di alcol è subdolo, scatenato spesso da un evento traumatico che può determinare l'inizio del consumo per poi trasformarsi in consumo abituale fino a diventare una dipendenza nel momento in cui si deve continuare a bere per non incorrere nei sintomi dell'astinenza». Ed è allarme droghe tra i più giovani: quattro studenti su 10 la provano. «Si abbassa l'età di chi si avvicina al mondo delle sostanze stupefacenti. Droghe pericolose come la ketamina, un farmaco anestetico, o anche il Ghb, farmaco depressore del Sistema Nervoso Centrale, fino alla cocaina "fumata" di crack: gli effetti sui più giovani sono devastanti, sia per il rendimento scolastico che per la messa in atto di comportamenti sessuali non protetti causati dall'abbassamento delle difese psicologiche dovuto all'effetto delle sostanze psicoattive. Non è un caso infatti che ci sia stato un aumento del numero di giovani che commettono reati», conclude Anastasi. La dipendenza da gioco d'azzardo, droghe e alcol è in costante aumen-

to, soprattutto nei giovani, in particolare nella fascia di età tra i 15 e i 35 anni. Ma sono soprattutto i giovanissimi a non chiedere aiuto e a non rivolgersi alle strutture di sostegno. Secondo quanto riportato dal Programma regionale valutazione degli esiti degli interventi sanitari 2024 di Regione Lazio e del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio sanitario regionale, il volume degli utenti in carico alle Asl di Roma e Provincia è aumentato e si attesta a 5.500 persone. Nel Lazio le persone dipendenti da droga e gioco d'azzardo e che sono in trattamento sono complessivamente 18.850, di cui 7.128 da oppiacei, 4.076 da cocaina, 4.128 gli alcolisti, 832 i giocatori nelle slot machine. Per quanto l'uso di oppiacei sia prevalente, in base alla Relazione 2023 sul fenomeno delle dipendenze del Lazio, risultano in aumento gli accessi alle strutture pubbliche per uso di cocaina. In aumento, secondo il report, il numero dei giocatori d'azzardo, anche se le richieste di aiuto continuano a essere poco consistenti rispetto a come il problema sia percepito dagli operatori sanitari. Nell'ultimo decennio (2014 - 2024) la dipendenza dalla cocaina è cresciuta in modo esponenziale, passando dall'0,3% a oltre lo 0,8%.

Karen Leonardi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALE IL CONSUMO OCCASIONALE E QUELLO CHE VIENE FATTO LONTANO DAI PASTI PRINCIPALI



Al San Camillo

Alcol, allarme abuso Crescono i trapianti di fegato tra i giovani

Aumenta il numero di minori
che bevono senza controllo.

Valenza a pag. 47

Sbronze frequenti e tra i giovanissimi aumentano i trapianti

I NUMERI

Rispetto al periodo pre-Covid è passata un'era. Ed è cambiato tutto per i trapianti di fegato. Nel 2015, i casi necessari per rispondere alle complicanze dell'abuso di alcol «erano statisticamente trascurabili». Invece «oggi, la situazione è radicalmente cambiata: la cirrosi alcolica e il carcinoma epatico secondario causato dall'abuso di alcol sono la seconda causa di trapianto di fegato, con un drammatico aumento registrato tra il 2023 e il 2024». Questi sono i numeri che l'azienda ospedaliera San Camillo Forlanini registra: una fotografia drammatica per il post-pandemia. Negli ultimi anni «abbiamo osservato un incremento impressionante dell'abuso di alcol, accentuato dal fenomeno

del binge drinking, che coinvolge anche i più giovani» dice Adriano Pellicelli, direttore della Uoc Malattie del Fegato e tra i coordinatori della Liver Unit dell'ospedale. I dati legati all'emergenza alcol - e che sono stati presentati nel corso di un recente

incontro in ospedale - sono allarmanti. Negli ultimi due anni, i ricoveri per patologie epatiche legate all'alcol - tra cui cirrosi alcolica ed epatite alcolica acuta - hanno raggiunto il 20 per cento dei pazienti totali della Liver Unit del San Camillo. L'età media dei pazienti ricoverati è di soli 49 anni, con una crescente presenza di giovani adulti. Nel 2023, su 88 trapianti effettuati, 29 erano dovuti a cirrosi alcolica scompensata e 7 a tumori epatici associati all'abuso di alcol. Il 2024 mostra un ulteriore peggioramento: dei 94 trapianti già eseguiti, 25 sono attribuibili a cirrosi alcolica e 19 a tumori epatici correlati all'alcolismo. Nel 2023, circa il 40,9 per cento dei trapianti di fegato erano le-

gati all'abuso di alcol. Nel 2024, questa percentuale è salita a circa il 46,8 per cento, evidenziando un peggioramento significativo. «Questi numeri sono la testimonianza di una crisi sanitaria crescente - afferma Pellicelli - Il consumo di alcol è una vera e propria piaga sociale che richiede interventi urgenti e mirati. È fondamentale agire su più fronti: prevenzione, diagnosi precoce e trattamento tempestivo».

LE SOLUZIONI

Tra le misure necessarie Pellicelli individua gli screening precoci, gli esami del sangue e le ecografie epatiche per individuare i primi segni di danno epatico come la steatosi.

Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ADRIANO PELLICELLI
(SAN CAMILLO):
«ABBIAMO AVUTO
UN'INVERSIONE DI
TENDENZA RISPETTO
AGLI ANNI PRECEDENTI»**



Dir. Resp.: Luciano Fontana

ROCCA SULLA BRONCHIOLITE

«Il ministero ha rallentato l'acquisto del farmaco»

«Dallo scorso agosto abbiamo attuato tutte le procedure per l'aggiudicazione dell'anticorpo monoclonale anti bronchiolite. Il ministero della Salute, però, il 18 settembre scorso ha detto che il farmaco non rientrava tra le prestazioni offerte dai Livelli essenziali di assistenza e, pertanto, ne vietava l'utilizzo alle Regioni in piano

di rientro, a partire dal Lazio». Lo sostiene Francesco Rocca, presidente della Regione spiegando così perché la Regione non ha potuto acquistare e fare partire due mesi fa la campagna di vaccinazione, come denunciato ieri dal *Corriere*.

continua a pagina 7

«Il ministero rallentò l'acquisto del farmaco»

Bronchiolite, il presidente della Regione Rocca interviene sui ritardi del vaccino

SEGUE DALLA PRIMA

«**S**ulla bronchiolite nel Lazio non c'è nessun allarme - ha fatto notare il governatore -. I casi più critici riscontrati tra i bambini e che hanno necessitato di ricovero, sono numericamente analoghi a quelli degli anni passati. Stiamo lavorando con grande determinazione per recuperare il ritardo - del quale non siamo responsabili - nella distribuzione del farmaco monoclonale che protegge i bambini dal virus e che deriva da una condizione finanziaria ereditata». «È inaccettabile che una Regione in piano di rientro (in equilibrio di bilancio) non possa governare la propria spesa sanitaria - ha lamentato Rocca -. Insieme alle altre Regioni nella stessa condizione, infatti, abbiamo fatto presente al ministro della Salute, Orazio Schillaci, che vanno garantiti a tutti i cittadini, specialmente ai più fragili come i più piccoli, gli stessi diritti. Sono state recepite le nostre richieste e vi è stata una ridistribuzione delle dosi, di cui il Lazio aveva già autorizzato l'acquisto con una delibera dell'8 agosto scorso». In Parlamento, in sede di legge di Bilancio, «è stato presentato un

emendamento che consenta a tutte le Regioni, comprese quelle in piano di rientro, di poter governare in modo autonomo la spesa sanitaria, non lasciando indietro nessuno», ha sottolineato Rocca. Dopo che il ministero della Salute il 18 agosto ha impedito al Lazio di acquistare il farmaco monoclonale perché la giunta locale aveva i conti in rosso, ereditati dal passato, le Regioni hanno nuovamente sollecitato il dicastero guidato da Schillaci a cambiare il suo orientamento: così il ministero della Salute ha adottato il 17 ottobre scorso un protocollo di vaccinazione sperimentale e ha stanziato dei fondi ad hoc, nonostante il produttore dell'anticorpo monoclonale specificasse l'indisponibilità del farmaco. Allora «s'è attivata immediatamente la Cabina di regia per la gestione dell'emergenza, così da promuovere la ripartizione delle dosi presenti in Italia - ha ricordato Rocca -. Il 5 novembre si è resa così disponibile una quota del monoclonale anti-bronchiolite e la Regione ha bandito una nuova gara di appalto per l'acquisizione di oltre 15mila dosi, la cui forniture è iniziata dal 1° dicembre scorso».

Analizzando poi i dati del pronto soccorso «non risulta alcun picco e nessuna emergenza legata alla bronchiolite - ha commentato il presidente del Lazio -. Due bambini sono ricoverati nel policlinico Gemelli rispetto ai 4 bambini dell'anno precedente, mentre un bimbo è ricoverato nel San Camillo e altri 53 piccoli pazienti sono curati nel Bambino Gesù, in linea con i ricoveri pediatrici dello scorso anno». «Siamo tra le Regioni leader della vaccinazione e la macchina organizzativa è stata pianificata prima dell'estate - ha aggiunto Rocca -. La somministrazione del farmaco sarà operativa sin dalle prossime ore in Asl e ospedali accreditati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



6 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

IFO: screening e supporto nutrizionale nel percorso di cura del paziente oncologico

Circa la metà dei pazienti oncologici presenta un'alterazione dello stato nutrizionale al momento della diagnosi, con un impatto negativo sulla prognosi e sulla risposta ai trattamenti oncologici. Effettuare un test di screening per individuare tempestivamente i pazienti a rischio di malnutrizione oncologica e correggerla, è importantissimo per ottimizzare l'efficacia dei trattamenti. L'IFO - Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) è a un punto di svolta in tal senso, con l'introduzione di un test rapido di screening nutrizionale nella cartella clinica elettronica, unitamente a una sezione specifica dedicata alla nutrizione. Pertanto, lo specialista che sia chirurgo, oncologo o radiologo, al momento della presa in carico del paziente, somministra il test preliminare, agile e veloce. In caso l'esito sia positivo l'assistito è affidato all'ambulatorio di nutrizione clinica della Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, per una valutazione approfondita e un adeguato intervento nutrizionale.

Le novità in IFO non finiscono qui. La figura del nutrizionista sarà inclusa nei team multidisciplinari (DMT) che si riuniscono periodicamente per la definizione dei percorsi diagnostico - terapeutici.

Questi temi sono stati al centro di un evento con i principali esperti sul tema, promosso dal Gruppo Multidisciplinare di Nutrizione Clinica, coordinato da Lupe Sanchez-Mete gastroenterologa -nutrizionista IRE, per discutere delle nuove frontiere della nutrizione come parte integrante del percorso di cura oncologico.

“Gli Istituti inseriscono e strutturano nel percorso di cura del paziente fragile le terapie integrate: supporto psico-oncologico, nutrizionale e terapia del dolore – dichiara **Livio De Angelis**, commissario straordinario IFO. - Nella nuova organizzazione aziendale abbiamo previsto una specifica unità operativa dedicata al sostegno nutrizionale al paziente oncologico per aiutarlo a eseguire terapie mediche e chirurgiche, che sono impegnative e spesso gravate da importanti effetti collaterali. La corretta alimentazione e il giusto apporto calorico sono quindi parte integrante della terapia oncologica. Per migliorare la qualità di vita del malato e favorire una risposta positiva ai trattamenti oncologici è necessario alleviare il dolore, mantenere il benessere mentale e seguire una alimentazione corretta e controllata.”

Nei pazienti oncologici è frequente il calo di peso involontario, la riduzione dell'appetito e quindi di assunzione di cibo sono i segnali più precoci di malnutrizione.

“Lo screening nutrizionale è ripetuto al momento della diagnosi/ricovero e in varie fasi del percorso di cura così da avviare il paziente a rischio di malnutrizione a un percorso nutrizionale personalizzato e tempestivo - spiega **Lupe Sanchez-Mete**. - Presso l'ambulatorio di nutrizione clinica si imposta un piano dieto-terapico modulato in base al tipo di tumore, ai sintomi correlati a esso, ai trattamenti oncologici e allo stato nutrizionale. Tale piano può prevedere integratori alimentari specifici per pazienti



oncologici, oppure un supporto artificiale enterale attraverso un sondino naso-gastrico o una PEG, che in alcuni tumori può essere programmata di profilassi e posizionata endoscopicamente durante l'intervento chirurgico”.

I malati oncologici a serio rischio di malnutrizione e che necessitano una valutazione nutrizionale già alla diagnosi sono principalmente quelli con tumori dell'apparato gastroentero-bilio pancreatico, con tumori testa-collo e con tumore al polmone.

Il Gruppo di Nutrizione Clinica IFO-IRE che include gastroenterologo, anestesista, dietiste, logopediste, infermiere, psiconcologo, farmacista ha avviato già da tempo il percorso nutrizionale integrato in progetti dedicati fino ad arrivare, oggi, a estendere la prestazione a tutti i pazienti seguiti presso l'IFO-IRE, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali e le linee di indirizzo del Ministero della Salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA
