

**10 febbraio 2025**

# **RASSEGNA STAMPA**



**ARIS**

ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

**A.R.I.S.**

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



09/02/2025

## IL NODO DEI RINNOVI CONTRATTUALI

# «Garantire le risorse alla sanità accreditata»

*Bebber (Aris) scrive al presidente Fedriga: i nostri ospedali svolgono lo stesso servizio pubblico di quelli statali*

ENRICO NEGROTTI

«Il mancato rinnovo dei contratti collettivi non è in alcun modo addebitabile alla responsabilità delle realtà appartenenti alla sanità accreditata» rappresenta dall'Associazione religiosa istituti sociosanitari (Aris). Lo puntualizza il presidente dell'Aris, padre Virginio Bebber, in una lettera aperta indirizzata al presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome Massimiliano Fedriga, per fare chiarezza sui contratti della sanità privata accreditata di cui i sindacati di categorie lamentano il mancato rinnovo. Una protesta che è giunta chiedere lo stop agli accreditamenti con il Servizio sanitario nazionale (Ssn) a quei privati che non rinnovano i contratti di lavoro. Il presidente Bebber segnala che la responsabilità dei mancati rinnovi dipende da «un problema sistemico che da anni la nostra Associazione denuncia, seppur quasi del tutto inutilmente». La situazione di fondo è infatti che le strutture sanitarie dell'Aris, che sono non profit, lavorano per conto del Ssn «cosicché appare evidente – scrive ancora il presidente Bebber – che, come avviene in qualsiasi mercato (ancorché regolamentato), l'incremento dei costi produttivi debba essere reso possibile da corrispondenti aumenti delle entrate». Un principio non solo sancito dalla leg-

ge 502/92 «che prevede – prosegue Bebber – un aggiornamento periodico delle tariffe “tenendo conto (...) dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi» ma, ricorda l'Aris addirittura iscritto nella legge istitutiva del Ssn, la 833/78. Altro problema sono i Drg, cioè le tariffe di rimborso delle prestazioni, che sono ferme da molti anni (e Aris segnala anche problemi ulteriori del nuovo Tariffario), nonché i tetti al numero di prestazioni che la sanità accreditata può svolgere per il Ssn.

L'ultimo contratto del comparto sanitario privato, cioè il personale non medico (infermieri, tecnici, amministrativi), risale al 2016-2018, anche se è stato firmato nel 2020: «In quella circostanza – ricorda l'avvocato Giovanni Costantino, capo delle relazioni sindacali di Aris – per la prima volta lo Stato, attraverso il ministro della Salute, era intervenuto a chiedere alle Regioni di coprire il 50% dei costi contrattuali. Tuttavia l'impegno è stato mantenuto da pochissime regioni, e alcune hanno persino cambiato parere negli anni».

La conseguenza è che le congregazioni religiose hanno dovuto sobbarcarsi le maggiori spese, fin quando hanno potuto. Infatti, segnalano ancora dall'Aris, se cinque anni fa la sanità cattolica rappresentava il 10% dell'offerta pubblica, oggi è dimezzata, e gli ospedali hanno chiuso o sono stati acquisiti da imprenditori privati for profit. Anche se il servizio pubblico che rende la sanità non profit di Aris è perfettamente allineato a quello degli ospedali di proprietà statale, continua a scontare discriminazioni: l'ultima, segnala ancora l'avvocato Costantino, è stata il mancato riconoscimento – da parte dell'Agenzia delle Entrate – della flat tax sugli straordinari al personale medico delle strutture private rispetto al personale dipendente dallo Stato: «Una irragionevole disparità di trattamento».

Ad Aris, osserva il presidente Bebber, «rimane però il dispiacere per non riuscire a valorizzare al meglio i collaboratori delle strutture, le quali non sono certo soddisfatte di tale situazione che rende più difficile il reclutamento del personale e, a lungo andare, rischia di deteriorare il clima aziendale e la qualità dell'assistenza fornita». Il che favorisce l'esodo di personale dalle strutture Aris verso quelle statali, sottolinea l'avvocato Costantino: «Ogni volta che viene firmato un contratto nazionale di lavoro nel pubblico, c'è uno stanziamento certo di risorse da parte dello Stato. E si amplia la distanza di condizioni con i nostri dipendenti. Quindi il privato non ha nessun interesse a non rinnovare i contratti, ma deve essere messo nelle condizioni di farlo».

Regioni inadempienti, tetti di spesa, Drg fermi. Il personale fugge nel pubblico, le strutture chiudono



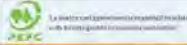
# la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo



Lunedì 10 febbraio 2025

Oggi con *Affari&Finanza*

Abbon. 12 N. 0 - 12 mesi €1,70

Ucraina

## La telefonata Trump-Putin "Basta guerra"

L'annuncio del presidente Usa Il Cremlino non conferma né smentisce I timori Ue: non possiamo restare fuori

dal nostro corrispondente **Paolo Mastrolilli**

**NEW YORK** - Si sono parlati. Lo ha rivelato lo stesso presidente Trump, cogliendo di sorpresa il Cremlino. E questa settimana potrebbe risultare decisiva per sbloccare la trattativa per chiudere la guerra in Ucraina.

• a pagina 2 con i servizi di **Brera Castelletti e Ginori** • alle pagine 3 e 4



▲ Nello studio ovale L'immagine postata dalla Casa Bianca ritrae la squadra di Trump in preghiera e la frase: "Beati siano i pacificatori"

POLITICA E GIUSTIZIA

## Albania, il nuovo piano

Il governo prepara un decreto sui rimpatri dopo la doppia bocciatura dei giudici sui centri Saranno trasferiti oltre Adriatico i migranti irregolari già in Italia invece che quelli in arrivo

### Intervista a Parodi (Anm): sì al dialogo, no alla separazione delle carriere

Il governo valuta un nuovo decreto per rendere operativi i centri in Albania dopo la bocciatura da parte dei giudici. L'ipotesi prevalente è quella di trasformarli in Cpr, cioè centri per i rimpatri dei migranti irregolari. Il presidente dell'Associazione nazionale magistrati, Cesare Parodi, nell'intervista a *Repubblica*: «Siamo contrari alle carriere separate. Bene l'invito del premier, ma lo sciopero resta».

di **Baldolini, De Cicco e Ziniti** • alle pagine 6, 8 e 9



Cesare Parodi, presidente Anm

### Non è tempo di rintanarsi nel privato

di **Massimo Adinolfi**

Cosa rimane di una giornata normale, se togliamo da essa le parole scambiate con i nostri familiari o con i colleghi, quello che leggiamo sui giornali, i messaggi che ci scambiamo via social, le commissioni, le piccole incombenze quotidiane, quello che passa in tv, le cose ascoltate per sbaglio e quelle che dobbiamo ricordarci per domani? Nulla, forse non rimane nulla. E se però ne avessimo abbastanza?

• a pagina 22

## Quanto pesa la fragilità della Germania

di **Paolo Gentiloni**

Una Germania fragile e incerta si avvicina alle elezioni anticipate. La destra estrema è in ascesa, suscitando un'ondata di proteste nel Paese; il futuro dell'economia è tutt'altro che radioso. Si tratta di un quadro inedito e allarmante, che rende il voto del prossimo 23 febbraio decisivo, anche per i destini europei.

Ma che fine ha fatto la Germania di una volta? La Germania stabile, che appena quindici anni fa aveva fatto parlare di un "miracolo economico"? Il miracolo è svanito con il tramonto delle illusioni sorte nell'ultimo decennio del Novecento: la fine della Storia, la Russia nel G8, la globalizzazione illimitata e virtuosa, le magnifiche sorti del commercio con la Cina. Una grande illusione che ha coinvolto tutta l'Europa. Anzi, l'intero Occidente. Ma che nella Germania riunificata ha avuto il suo epicentro. *Wandel durch Handel*, il cambiamento attraverso il commercio, rivolto alla Russia e poi alla Cina; e il gas russo a buon mercato, fino al progetto del secondo gasdotto - Nord Stream 2 - cancellato solo due giorni prima dell'invasione dell'Ucraina.

• a pagina 22

Le idee

### Noi, gli illusi incastrati nell'età di Marte

di **Nicola Lagioia**

L'umanità ha consegnato un'altra volta il proprio cuore alla guerra. Siamo costretti a constatarlo in questo terzo decennio del XXI secolo. Eravamo certi che il Novecento ci avesse impartito una lezione memorabile, ma abbiamo già dimenticato tutto. Finita la Guerra Fredda, ci siamo illusi.

• alle pagine 24 e 25

La storia

### Capitale del libro così Subiaco diventa Lolligrad

di **Viola Giannoli**

È certo che lo meritavamo. Lei sa cos'è successo qua?». Lo struscio del centro si batte il petto con orgoglio. «Ma perché, ch'è successo?», si preoccupano dal bar. Benvenuti a Subiaco, un'ora in macchina da Roma, borgo d'imperatori, di santi e di cartai, di campioni e di ministri. E ora pure capitale italiana del libro.

• a pagina 21

**ITALPREZIOSI**  
Investi oggi sul tuo domani

### Scholz accusa Merz "Hai rotto un tabù"

di **Tonia Mastrobuoni** • a pagina 17

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



Da domani c'è Sanremo
Conti: il Festival della normalità
di R. Franco e Laffranchi
alle pagine 36 e 37



Luca Barbarossa
«Cantai a Napoli con Maradona»
di Roberta Scorrane
a pagina 27



Gli equilibri globali

IL DIRITTO CHE CEDE ALLA FORZA

di Angelo Panebianco

Il disorientamento dell'opinione pubblica è comprensibile. Ma quando un ordine internazionale, solido e stabile per decenni, entra in una fase accelerata di declino, un declino che annuncia grandi cambiamenti, è inevitabile che vengano in pezzi le convenzioni, generate da quell'ordine, che fino a poco tempo prima si davano per irreversibilmente acquisite. Era forse inevitabile che Donald Trump, deciso a rompere con molte convenzioni, colpisse il Tribunale dell'Aja dopo la assai controversa decisione di quest'ultimo di incriminare il primo ministro israeliano Netanyahu. Ricordiamo che il Tribunale dell'Aja è una istituzione che non è mai stata sostenuta dagli Stati Uniti (democratiche o repubblicane che fossero le sue Amministrazioni). Se vogliamo dare di quanto accade una lettura non legata esclusivamente ai fatti contingenti, allora dobbiamo osservare che nel «nuovo mondo», il mondo che si sta formando sotto i nostri occhi, andranno drasticamente a restringersi il ruolo e lo spazio del diritto internazionale così come è stato concepito (e reinterpretato), sotto la spinta occidentale, dopo la fine della Seconda guerra mondiale.

In un assetto internazionale multipolare, per definizione basato sulla competizione fra una pluralità di potenze, ciascuna delle quali rivendica una propria zona di influenza, il ruolo del diritto internazionale torna ad essere quello tradizionale.

continua a pagina 30

Telefonata al Cremlino. Zelensky: dallo zar solo bombe. Donald cita la Bibbia e posta una foto mistica

Trump e Putin si parlano

Il leader Usa: l'ho sentito, vuole la fine della guerra. L'Ue: non tagliateci fuori



di Massimo Gaggi e Viviana Mazza

«Ho sentito Putin, vuole che si smetta di morire. La guerra deve finire». Così, ieri, Trump ha detto al mondo di avere chiamato il leader russo. E, citando la Bibbia, ha postato su X una foto con il suo team in atteggiamento mistico.

alle pagine 2, 3 e 5

CAVO DRAGONE (NATO)
«L'unica strada per la pace giusta è sostenere Kiev»

di Lorenzo Cremonesi

Per una pace giusta con la Russia, dice l'ammiraglio Cavo Dragone, bisogna «continuare a supportare l'esercito ucraino. Il fallimento strategico di Putin è palese: siamo a tre anni di guerra e lui mira a vincere in tre giorni». E non crede allo stop degli aiuti Usa a Kiev.

GIANNELLI



DATARO.COM

Addio allarme demografico: abitanti in calo sulla Terra

di Milena Gabanelli e Francesco Tortora

La popolazione mondiale negli ultimi 100 anni è passata da 2 a 8,2 miliardi. Ma l'allarme demografico è ingiustificato: già 63 Paesi perdono abitanti. E tra questi Italia, Russia e Cina.

a pagina 19

CROSETTO: DENUNCIA PRONTA

Aleotti: la truffa? Si è tutti a rischio

di Ferraino e Rossi
alle pagine 12 e 13

Intelligenza artificiale Verifica a Parigi per competere con Stati Uniti e Cina



L'Europa alla sfida dell'AI E Macron gioca su sé stesso

di Stefano Montefiori

Intelligenza artificiale, opportunità o pericolo? Per lanciare il summit sull'AI, a Parigi, Emmanuel Macron pubblica sui social un video scherzoso generato con immagini false di sé stesso mentre interpreta un agente segreto, canta come un rapper o balla in una discoteca anni 80.

a pagina 18

Giustizia Parodi (Anm): non cedo Sbarchi, l'accordo con l'Albania verrà modificato

di Rinaldo Frignani e Marco Galluzzo

Il governo lavora a modifiche sull'accordo con l'Albania per far ripartire i trasferimenti dei migranti, a prescindere da cosa deciderà la Corte di giustizia europea e a costo di togliere la giurisdizione italiana sulle strutture. Le opposizioni: «Perseverare è diabolico».

da pagina 8 a pagina 11

L'INTERVISTA CONTE, LEADER MIS

«Attaccare i magistrati è bullismo istituzionale»

di Monica Guerzoni

L'ex premier Conte a tutto campo contro il governo, dalla crisi istituzionale al caso Santanchè: «Da Lo Voi un atto dovuto. Meloni vuole privilegi e impunità, ma offre un volo di Stato a un boia ed espone così la Patria al disonore».

a pagina 11



Modenantiquaria
XXXVIII Mostra di Alto Antiquariato
8-16 febbraio
www.modenantiquaria.it

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Passeggiare tra i sentieri che costeggiano i cortili degli antichi edifici dell'università di Cambridge dove sono stato invitato dalla Italian Society per una conferenza. È domenica mattina, la luce del sole sbrina i prati e sbrilla le pietre antiche, cori impeccabili attraversano le svettanti vetrate delle cappelle dei college, studenti tacciono in biblioteche gremite. A guidarmi c'è un gruppo di ragazzi italiani che studiano lì: matematica, bioingegneria, greco, intelligenza artificiale, statistica... a livelli differenti (triennio, master, dottorato). La gioia di una vocazione certa illumina i loro volti in una università tra le prime (1209), quando le università erano necessa-

Basterebbe una mela



ria alla vita di una comunità: le vacanze sono molteplici ma la realtà è una, e per scoprirla ci vuole una comunità di maestri e studenti. Mi sono commosso quando ho salutato quei ragazzi, perché hanno ancora intatto l'amore che porta alla conoscenza, che purtroppo vedo spegnersi in altri contesti. Quegli edifici secolari, in cui adulti e giovani cercano insieme, sono sorti proprio per custodire e allenare il modo specifico di ciascuno di scoprire il mondo e farne professione. Ho chiesto loro chi e dove saranno tra dieci anni, le loro risposte erano consapevoli e coraggiose. Non potrebbe essere così per tutti?

continua a pagina 25

Bronzallure MILANO
www.bronzallure.com

**LA SCRITTRICE**

**Campo: "Invecchio in allegria le donne sono romanzi viventi"**

SIMONETTA SCIANDIVASCI - PAGINE 30 E 31



**IL PRESENTATORE**

**Cattelan: "Il mio primo Festival sarà un concentrato di ironia"**

FRANCESCA D'ANGELO - PAGINE 32 E 33



**IL PERSONAGGIO**

**Capello: "Penso più alle sconfitte ma non per questo vivo di ricordi"**

ENRICO TESTA - PAGINA 21



# LA STAMPA

LUNEDÌ 10 FEBBRAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 159 II N.40 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB: TO II [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)



"TELEFONATA TRA I LEADER". LE TRATTATIVE WASHINGTON-KIEV PER LE TERRE RARE E IL BUSINESS DELLA RICOSTRUZIONE

## Trump-Putin, l'ora del dialogo

Il presidente Usa: gli ho parlato per negoziare la fine della guerra in Ucraina. L'Ue: non potete escluderci

**IL COMMENTO**

**Ma le chiavi dei valori sono in mano all'Europa**

MASSIMO CACCIARI

Potremmo anche considerare i primi atti della presidenza Trump un commendevole sforzo per liberare il campo da infingimenti e ipocrisie. Un politico che ritenga di poter trattare un popolo, quello palestinese, alla stregua di un gregge cui assegnare un pascolo, e che poi, per salvare la faccia, o per un residuo pudore, continui a finanziare Consigli per i diritti umani o Agenzie per il soccorso degli stessi palestinesi, cadrebbe in indecente contraddizione con sé stesso. La chiarezza è sempre preferibile alla confusione. Meglio un populismo quasi razzista esplicito che un umanitarismo d'accatto e sempre disposto a tradirsi. La crisi delle Nazioni Unite, la loro impotenza, la funzione meramente retorica dei loro organismi, come l'Unesco, sono evidenti agli occhi di tutti. Chi è contro la politica di Trump non dovrebbe difendere l'indifendibile, e cioè il loro attuale assetto, ma proporre linee radicali di riforma e per queste lottare. Trump ha dichiarato senza "tatto" diplomatico che qualsiasi organizzazione sovranazionale otterrà d'ora in poi l'appoggio del governo americano solo se obbedirà alla sua linea di condotta. - PAGINA 7



**AGLIASTRO, PEROSINO, PIGNI**

Donald Trump concede un'intervista a bordo dell'Air Force One raccontando di aver sentito al telefono Vladimir Putin. I dettagli restano sospesi e Trump non spiega quando ha parlato con Putin. Il Cremlino da parte sua non conferma né smentisce. - PAGINE 2-5

**Esiste un giudice anche per Donald**

Eugenia Tognotti

**L'ANALISI**

**Perché le armi tacciono ma non c'è pace giusta**

DOMENICO QUIRICO

Perché si fanno le guerre? Per distruggere. E perché, qualche volta, si fanno finire? Per ricostruire. Così quelli che le amministrano e le sfruttano, generali finanziari affaristi e mercanti riuniti in allegre conventicole, realizzano la perfezione dell'investimento. - PAGINA 5

**L'ANNUNCIO**

**Su acciaio e alluminio via a nuovi dazi del 25%**

ALBERTO SIMONI

Donald Trump, da bordo dell'Air Force One, dice che oggi annuncerà nuovi dazi del 25% sull'acciaio e l'alluminio. E aggiunge che tra domani e mercoledì stabilirà anche dazi reciproci che «entreranno in vigore quasi subito». - PAGINA 6

**LA GIUSTIZIA**

**Ciriani: "Giù i toni ma la riforma resta" E sull'Albania spunta un altro decreto**

FAMÀ, MALPETANO



«Abbiamo molto apprezzato che il primo atto del nuovo presidente dell'Anm sia stato chiedere un incontro con la premier», dice il ministro Ciriani. - PAGINE 10 E 11

**I MAGISTRATI**

**Parodi: "Io porto pace però non arretriamo"**

GIUSEPPE LEGATO

«Un momento così complicato nei rapporti tra esecutivo e magistratura, tra poteri dello Stato, non me lo ricordo e non credo vi siano precedenti. Siamo arrivati allo scontro sistemico, cercherò di pacificare - per quanto possibile - ma spiegando anche le ragioni delle nostre posizioni sulle quali non si arretra». Ecco qui il neo-presidente dell'Anm Cesare Parodi, 62 anni, procuratore Aggiunto a Torino, da 48 ore al vertice dell'associazione nazionale delle toghe. - PAGINA 10

**IL DOSSIER**

**Cottarelli: non serve cambiare ora il Pnrr**

PAOLO BARONI

La spinta alla crescita doveva venire dalle riforme della Pa, che però nessuno ha fatto. Parola di Carlo Cottarelli. - PAGINA 15

LA BRONCHITE, L'OMELIA INTERROTTA, I TIMORI: L'INVERNO PIÙ LUNGO DEL PAPA. MA L'AGENDA NON CAMBIA

## Le fatiche di Francesco

DOMENICO AGASSO



PAOLO RUSSO  
FOTO: VANDIVELLE/ABACAPRESS

**L'INCHIESTA**

**Un migrante vale un diplomatico gli stranieri e la sanità negata**



Sono immigrati con regolare permesso di soggiorno, ma senza reddito o con entrate ridotte ai minimi termini. E spesso hanno seri problemi di salute, tanto da percepire una pensione di invalidità. - PAGINA 17

**LE IDEE**

**Lo scenario che porta a una nuova Yalta**

Anna Zafesova

**Il coraggio di non essere d'accordo col tycoon**

Stefano Stefanini

**IL RACCONTO**

**Sel l'impresa rivoluzionaria è far mangiare gli affamati**

MAURIZIO MAGGIANI

Lo Stato borghese si abbatte e non si cambia. Parole sante, gemme di saggezza. E pensare che ho passato gran parte della mia vita adulta a ricredermi, a farmene una ragione che no, il sistema si può riformare senza colpo ferire, che questa è la strada, trascorsa la giovinezza la radicalità diventava infantilismo. - PAGINA 22



**IL DIBATTITO**

**Come i leader usano il mito per manipolare la realtà**

BARBARA CARNEVALI

Uno dei punti forti della nuova destra globale è il suo uso del mito. La capacità di creare miti e interpretare la realtà in chiave mitica accumuna tutti i suoi leader, bravissimi nel mobilitare le masse attraverso una manipolazione tanto spregiudicata quanto efficace dell'immaginario. - PAGINA 23



**DORMITA GALATTICA, RISVEGLIO SPAZIALE.**

PASTIGLIE GOMMOSE

SENZA GELATINA DI ORIGINE ANIMALE

SENZA ZUCCHERI

HIGH CREA ABBETTUGINE

Con Melatonina che aiuta a ridurre il tempo richiesto per prendere sonno. Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata ed equilibrata e di uno stile di vita sano.



# Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 147 - N° 40  
Sped. in AP. 03/03/2025 con L.46/2004 art.1 (C) 03/25

NAZIONALE

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su **ILMESSAGGERO.IT**

Lunedì 10 Febbraio 2025 • S. Arnaldo

### Uomini almeno al 20% Troppe psicologhe e l'Ordine lancia le "quote blu"

Pace a pag. 14



### Fuori Ariston millennial Cecchetto jr-Stanga Conti a Sanremo allena i suoi eredi

Ravarino a pag. 19



### Tempi record sui 60 Doualla e le altre teenager volanti tra Italia e Usa

Mei nello Sport



## L'editoriale LA STORIA NON È MAI MAESTRA DI MORALE

Alessandro Campi

La liberazione degli ostaggi israeliani da parte di Hamas sulla base di una scenografia ostentatamente aggressiva, biacamente propagandistica, deliberatamente umiliante per le vittime impaurite e già provate da mesi di prigionia... La profanazione della foiba di Basovizza alla vigilia della Giornata del Ricordo, con scritte imbeccanti nella sostanza alla pulizia etnica operata contro gli italiani dai comunisti di Tito... In entrambi i casi, il commento accorto e dolenti di molti è stato: "non abbiamo imparato nulla dalla storia". Ma che cosa esattamente avremmo dovuto apprendere?

Si potrebbe rispondere sostenendo paradossalmente che tra le lezioni della storia la principale è che la storia non dà lezioni nel senso edificante, emancipativo e vincente consolatorio che intendiamo abitualmente. O meglio, ne fornisce sul piano empirico-fattuale: cosa del passato tende periodicamente a ripetersi, con che dinamiche e per quali ragioni (in primis, verrebbe da dire, l'uso della violenza a fini politici). Ma non sul piano etico-pedagogico: cosa non ripetere del passato - errori, brutture, abbagli, illusioni - con l'obiettivo di diventare uomini e donne migliori. Se una cosa dovremmo aver capito, infatti, è che al grande progresso materiale e delle condizioni di vita fatto registrare nei secoli dall'umanità non si è accompagnato un analogo e altrettanto forte progresso morale, come dimostra in particolare la storia del Novecento.

Continua a pag. 21

## Kiev, Trump tratta con Putin La Ue: l'intesa solo con noi

► Il presidente: ho parlato con Vladimir, vuole fermare le morti in Ucraina  
Bruxelles teme di essere tagliata fuori dagli accordi finali e dalla ricostruzione

Taty&C. 5-1 al Monza. A Venezia finisce 0-1



### Lazio da Champions Roma, Dybala è Joya

Castellanos e, sotto, Paulo Dybala Nello Sport



ROMA Trump accelera sulla guerra in Ucraina: «Ho già parlato con Putin. Anche lui vuole che si smetta subito di morire». E il Cremlino non smentisce: ci sono conversazioni in corso. Ma l'Europa teme l'esclusione dagli accordi per lo stop al conflitto e sulla ricostruzione: «In-tese soltanto con noi». La reazione di von der Leyen: «Abbiamo già dato a Kiev contributi per 135 miliardi». E il consigliere per la sicurezza Usa: «L'Europa garantirà la sicurezza dopo la pace».

Evangelisti, Mulvoni e Ventura da pag. 2 a pag. 5

### Il caso Corte Aia

#### Cassese: «Almasri, il governo poteva non arrestarlo»

Pietro Piovani

Per Sabino Cassese il governo poteva esercitare «una certa dose di discrezionalità» nell'eseguire o no il mandato di cattura di Almasri. E la richiesta dell'Aia poteva non essere eseguita. A pag. 7

### L'intervista

#### Tajani: «L'Europa resti centrale Gli atti di Lo Voi sono forzature»

Mario Ajello

«Sul dossier Ucraina vogliamo arrivare a una pace che non sia la mortificazione di Kiev». A dirlo in un'intervista a Il Messaggero è il ministro degli Esteri, Antonio Tajani. «Usa e Ue sono due facce della stessa medaglia. E dobbiamo lavorare insieme. Ma l'America sta in America, mentre noi europei stiamo qui, a stretto contatto con gli ucraini e con i russi». E sul caso Lo Voi, Tajani è netto: «Si poteva evitare la forzatura nei confronti del Tribunale dei ministri».

A pag. 5

## Nuove regole per i migranti ecco il braccialetto elettronico

► Misura alternativa al trattenimento, costi a carico di chi può pagare

Francesco Bechis

Un braccialetto elettronico per controllare chi si allontana dai centri. E al tempo stesso decongestionarli, i centri, sovraffollati e quasi ingestibili quando è alta stagione. Il governo studia una piccola grande rivoluzione del sistema di accoglienza dei migranti. Non solo. I richiedenti asilo in grado di farlo dovranno rimborsare lo Stato italiano almeno di una parte delle spese per l'accoglienza.

A pag. 8

### Il leader Cdu: nessun accordo con l'ultradestra

#### Germania al voto, Scholz e Merz in tv lo scontro su immigrazione e crisi



BERLINO A due settimane dal voto in Germania, immigrazione e crisi economica i temi al centro del primo confronto tv fra il cancelliere Scholz (Spd) e lo sfidante Merz (Cdu). Scholz: mai tante espulsioni. E il leader Cdu: no all'alleanza con AfD.



Bussotti a pag. 11

### Lasciata morire sola



#### Nora uccisa a 15 anni da una dose fatale Arrestato il pusher

ROMA Stroncata a 15 anni da un'overdose. È finito in carcere l'uomo che, secondo la procura di Verona, ha recitato alla giovanissima Nora Jiassi la droga che l'ha uccisa, in un appartamento abbandonato.

Allegria a pag. 12

## VILLA MAFALDA

### CENTRO DI TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT

Via Monte delle Gioie 5, Roma - Info 06 86 09 41 - villamafalda.com

### Il Segno di LUCA

#### TORO, ACCETTA LA SFIDA

La particolare disposizione dei pianeti ti sfida: speriamente a dimostrare la tua capacità nel lavoro. Per darti versi sul poco disposto ad accettare questo tipo di forzatura, ma lo sai bene che non puoi sottrarti. La tentazione di sorprendere tutti ribaltando a tuo favore la situazione è davvero forte. In realtà non dovrai fare nulla di spettacolare, semplicemente mantieni la rotta senza farti condizionare dal crescente nervosismo. **MANTRA DEL GIORNO** La risposta chiarisce la mia domanda.

L'oroscopo a pag. 21

\* Tardem con altri quotidiani (non disponibili separatamente) con il servizio a Mestre, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Pavia € 1,20, la domenica Fotomessaggero € 1,40, in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40, in Puglia, Il Messaggero - Primo Piano. Nota: € 1,50 nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50, "L'Amore a Roma" € 0,90 (solo Roma).

## REGIONI

# *Liste d'attesa a macchia di leopardo*

Nonostante tutte le Regioni siano dotate di un portale salute, ancora quattro di esse non presentano al suo interno una sezione liste di attesa.

Per queste sono comunque disponibili delle informazioni sull'argomento anche se talvolta sono difficilmente individuabili oltre che ad essere riportate ma in maniera frammentata.

Per tutte le Regioni che ne sono dotate, la sezione liste di attesa, solitamente facilmente identificabile sui vari siti istituzionali, presenta il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa e i relativi Piani Attuativi Aziendali.

E' quanto risulta dal report del Ministero della salute relativo al Monitoraggio della presenza sui siti web di Regioni e Aziende

Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa.

Il documento, pubblicato nei giorni scorsi e realizzato dal Dipartimento della programmazione e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute, si pone come obiettivo quello di verificare se nelle sezioni che le Regioni, le Province e le Aziende sanitarie dedicano ai tempi sulle liste di attesa, siano presenti le informazioni basilari fruibili per i cittadini nonché i dati e i risultati dei monitoraggi previsti.

Nello specifico il Report 2024 segnala che le informazioni utili al cittadino al momento della prenotazione delle prestazioni non sono sempre chiare; solo per sei Regioni sono esplicitamente definiti i percorsi di tutela che vengono attivati

nel caso in cui al paziente non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione.

Infatti la maggioranza delle Regioni o delle Aziende sanitarie forniscono solo un link al sistema CUP e indicazioni relative alle modalità di prenotazione, con numeri utili circa i diversi canali attivati.

In ogni caso, chiarisce il documento del dicastero della salute, nonostante queste criticità, rispetto alla situazione al 31 dicembre 2022 rilevata col precedente monitoraggio, si osserva una maggiore presenza di informazioni dettagliate, relative per esempio ai percorsi di tutela e alle modalità di prenotazione di visite e prestazioni ambulatoriale.

**Pasquale Quaranta**

— © Riproduzione riservata — ■



**LISTE D'ATTESA E PERSONALE**

**Zaffini e il caos sanità  
«Dalla sinistra ricevuta  
un'eredità disastrosa»**

Urso Anfuso a pagina 9



**INTERVISTA A FRANCESCO ZAFFINI**

**«Le lunghe liste di attesa?  
Non è solo un problema  
di personale sanitario»**

*Il senatore di FdI: «Abbiamo ricevuto in eredità una serie di criticità I governi di sinistra avevano stabilito che non servivano più medici»*

**EMILIA URSO ANFUSO**

••• Le criticità in seno al SSN, ancor più sul tema delle infinite liste di attesa, si abbattano sempre di più sulla salute e sulle tasche degli italiani. Il dibattito politico è ormai infuocato, e in queste ore trova protagonisti da un lato del ring Francesco Zaffini, senatore di Fratelli d'Italia e Presidente Commissione Sanità, Lavoro e Affari Sociali di Palazzo Madama che sta conducendo, ormai da lungo tempo, una vera battaglia per salvare il sistema sanitario italiano e contro la politicizzazione dei temi legati a questo settore. Dall'altro lato troviamo Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe e

al centro della discussione, il presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca che deve trovare soluzioni adeguate alle richieste crescenti dei cittadini e alle disomogeneità dei servizi medico sanitari che affliggono certe zone della regione più di altre.

**Zaffini, per Cartabellotta le lunghe liste di attesa sono legate alla carenza di personale.**

«È difficile negare che ci sia un problema di personale, ma non è il solo problema ovviamente. Inoltre, va detto che sulla carenza di personale noi abbiamo ricevuto in eredità una serie di criticità dai governi che ci hanno preceduto. I governi di centrosinistra, per esempio, avevano stabilito che non servi-

va un maggior numero di medici, di infermieri e non servivano più operatori socio-sanitari. Uno dei primi atti del governo Meloni è stato proprio quello di scrivere il nuovo contratto dei medici che era scaduto ormai da 5 anni».

**Altra accesa discussione con Cartabellotta le lunghe**





**liste di attesa. Nelle ultime ore, però, lei ha ammesso un ritardo relativo ai decreti attuativi...**

«La situazione è questa: il Ministero dei sei decreti ne ha emanati quattro, uno è diventato operativo e tre sono in attesa dell'intesa della Conferenza Stato regioni, indispensabile per legge. Gli altri due decreti sono particolarmente complessi, e arriviamo ai sei, ma usciranno nei prossimi 15 giorni. Tutto questo deriva dalla complessità burocratica dei decreti attuativi».

**Qual è il maggior problema che affligge il nostro SSN?**

«Il primo grande problema è l'esplosione di richiesta di prestazioni sanitarie, che è dovuta principalmente alla inappropriata prescrizione. Non dobbiamo però dimenticare che questa criticità è dovuta in parte anche al Covid. Per fare un esempio concreto, l'incremento del-

la risonanza magnetica muscolo scheletrica dal 2022 al 2024 è stato pari al +75%, ed è impossibile che un sistema come il nostro, universalistico dalla culla alla tomba, dal nord al sud, possa

reggere un impatto così alto di domanda di prestazione sanitaria».

**Il governo Meloni ha disposto le più alte risorse economiche mai programmate fino ad ora e arriveranno a 147 miliardi nel 2027.**

«Andremo anche oltre i 147 miliardi stabiliti. Chi si occupa di sanità sa che la cifra di 150 miliardi era la dotazione standard ottimale del nostro fondo sanitario nazionale, a prescindere da 1000 altri parametri che vengono tirati oggi in ballo».

**Il nuovo nomenclatore tariffario rischia di trasformarsi nella storia infinita e i ricorsi al TAR non si conta-**

no. «L'aggiornamento del nomenclatore era atteso da anni, così come l'aggiornamento della griglia dei Lea e del loro valore. Si tratta di un percorso avviato da tempo e che ha trovato compimento con il nuovo nomenclatore che è entrato in vigore alla fine dello scorso anno. E' chiaro, però, che all'interno di un provvedimento di questo genere si trovano moltissime prestazioni, alcune delle quali vanno aggiornate anche in virtù dell'avanzare delle nuove tecniche o dell'acquisizione scientifica. Per ciò che riguarda la vicenda legata ai piccoli laboratori, che è una realtà che interessa il centro sud, quindi non solo Roma, faremo qualcosa anche attraverso il provvedimento delle prestazioni sanitarie. Al sud, in particolare, siamo consapevoli del fatto che esiste un reticolo di piccoli laboratori che, ovviamente,

vanno in sofferenza e sono a rischio chiusura ma anche a rischio di ingresso di aggregazioni da parte di società nazionali che, probabilmente, andrebbe a detrimento della capillarità, della presenza sul territorio e quindi dei servizi».

**Il ministro Schillaci ha parlato dell'impiego di circa 550 milioni di euro in più rispetto alle risorse destinate in precedenza a sostegno delle tariffe...**

«Certo e tutto questo, come sempre, non viene ricordato inespugnabilmente nemmeno dalla stampa e l'opposizione continua a dire esattamente il contrario, cioè che noi tagliamo mentre invece è esattamente l'opposto».

*L'impegno del Governo*

*«Il Ministero dei sei decreti ne ha emanati quattro*

*Uno è diventato operativo e tre sono in attesa della Conferenza»*

*Le risorse impiegate in sanità  
«Andremo oltre i 147 miliardi  
stabiliti. Tutti sanno  
che 150 miliardi era la dotazione  
standard ottimale»*



**Francesco Zaffini**  
Senatore di Fratelli d'Italia e Presidente della Commissione Sanità, Lavoro e Affari Sociali



**Uomini almeno al 20%**  
**Troppe psicologhe**  
**e l'Ordine lancia**  
**le "quote blu"**

Pace a pag. 14



# Psicologi, l'83% è donna e l'Ordine vara la svolta In arrivo le «quote blu»

► Al voto per il rinnovo dei Consigli regionali dell'organismo di controllo prevista una riserva del 20 per cento delle preferenze ai candidati maschi

## LA TENDENZA

ROMA Eravamo abituati alle quote rosa, nate per garantire una maggiore presenza femminile negli ambiti lavorativi in cui il dominio maschile era indiscutibile. Ma in un mondo che cambia rapidamente, ecco che nasce un nuovo fenomeno: le quote blu, una tutela per gli uomini in un campo in cui è raro trovarli. Soprattutto tra gli psicologi. Dal 2018, con l'introduzione della legge Lorenzin n. 3, il principio dell'equilibrio di genere è stato posto al centro della riorganizzazione delle professioni sanitarie. Oggi, nel 2025, questo principio è diventato realtà concreta per l'Ordine degli Psicologi, che in Piemonte conta un 85% di professioniste donne e

solo il 15% di uomini. O nel Lazio dove le donne sono l'82,45% mentre gli psicologi uomini il 17,55%. Numeri che si allineano anche a livello nazionale dove la situazione non cambia: su

164.805 psicologi iscritti, solo 23.078 sono uomini (16,28%), mentre 141.727 sono donne (83,72%). Insomma, se fosse un ecosistema naturale, gli psicolo-



gi maschi sarebbero nella lista delle specie protette. E allora, per garantire una presenza più equilibrata, il Ministero della Salute ha deciso di intervenire con il decreto per la professione psicologica 172/2024, introducendo un'inedita regola per le elezioni ordinistiche che si stanno svolgendo proprio in questi giorni nelle varie regioni (fino al 24 febbraio con l'Emilia Romagna che chiude il giro): il 20% dei candidati e delle preferenze espresse dagli elettori deve essere destinato agli uomini. Traduzione? Se si votano 9 candidati, almeno 2 devono essere uomini. Pena: scheda nulla.

## QUOTA BLU

Nel rinnovamento del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte, che si è chiuso ieri, questa nuova disposizione ha già scatenato dibattiti e reazioni contrastanti. Giancarlo Marenco, presidente uscente dell'Ordine piemontese, ha spiegato: «Non è una scelta nostra, ma un regolamento ministeriale che vale per tutte le regioni. Il Ministero ha voluto garantire una rappresentanza di genere laddove c'è un divario significativo. In Piemonte abbiamo l'85% di donne iscritte all'Ordine, quindi gli uomini sono quelli meno rappresentati. Ad oggi devono essere almeno il 20% nelle liste elettorali». Insomma, un'operazione di riequilibrio per garantire

che anche il sesso maschile possa farsi sentire in un settore dominato dalle donne.

## IN ITALIA

L'idea di estendere le "quote blu" ad altri ordini professionali non è così improbabile. Il settore medico, per esempio, sta già subendo un sorpasso femminile tra i giovani professionisti: mentre i medici over 50 sono in prevalenza uomini, le nuove generazioni di camici bianchi invece sono perlopiù donne. Lo stesso sta accadendo tra farmacisti, biologi, chimici e fisici. Ma è davvero necessario garantire una rappresentanza maschile in questi ambiti? Secondo il presidente dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, Davide Lazzari, il dibattito sulla questione è aperto: «Il Ministero ha semplicemente imposto il rispetto della rappresentanza del genere meno presente, senza distinzioni tra uomini e donne. Il nostro regolamento è avanzato e preve-

de anche una quota del 20% per i giovani under 45». Dunque, più che una questione di genere, si tratta di garantire una rappresentanza equa in tutti i contesti. Ma il problema di fondo resta: perché gli uomini stanno progressivamente scomparendo da queste professioni? Se chiediamo ai dati, la risposta è chiara: la psicologia, fin dai suoi albori in Italia, è sempre stata una pro-

fessione a prevalenza femminile. Come spiega il dottor Lazzari: «La storia ci dice che le donne hanno sempre avuto un ruolo più attento alle relazioni e alla cura, mentre gli uomini sono stati tradizionalmente orientati all'azione. È un dato culturale che ha radici profonde, ma che oggi è superato». Eppure, il gender gap non è un problema esclusivo della psicologia, ma interessa anche altri ordini professionali che potrebbero adottare misure simili. Il presidente Giancarlo Marenco evidenzia una criticità concreta: «Trovare un terapeuta uomo è sempre

più difficile, soprattutto nelle realtà più piccole, considerando che l'85% degli psicologi sono donne». Mentre il presidente nazionale mette in guardia sulla necessità di affrontare la questione con interventi strutturali piuttosto che con le quote: «Bisogna lavorare seriamente sulla parità di genere, evitando il rischio di un effetto boomerang».

**Laura Pace**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA NOVITÀ DEL  
REGOLAMENTO  
MINISTERIALE  
VUOLE GARANTIRE  
UNA RAPPRESENTANZA  
EQUILIBRATA**

**ALTRI SETTORI PENSANO  
A MISURE SIMILI:  
IL GENERE FEMMINILE  
PREVALE ANCHE TRA  
GIOVANI MEDICI,  
FARMACISTI E CHIMICI**



# Quei mestieri con pochi uomini Ma resta il gap di ruoli e stipendi

## IL DOSSIER

**ROMA** Fino a qualche decennio fa, il camice bianco era quasi esclusivamente maschile, mentre le donne erano relegate al ruolo di infermiere. Ma i tempi cambiano, e con loro le professioni: oggi ci sono più dottoresse che dottori, più avvocate che avvocati, più biologhe che biologi. E i numeri raccontano questa nuova rivoluzione: in alcuni settori che prima erano di solo retaggio maschile le donne non solo hanno raggiunto la parità, ma li hanno addirittura superati. Secondo Guido Giustetto, presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Torino: «Le donne medico che lavorano nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) rappresentano ormai il 49,9% del totale, e tra gli under 45 questa percentuale schizza al 63,8%». Un cambiamento significativo, che però potrebbe influenzare la libertà di scelta dei pazienti, i quali, cercando un

medico uomo, potrebbero trovarsi di fronte a una indisponibi-

lità. Il rapporto del Ministero della Salute "Le donne nel servizio sanitario nazionale" (2020) conferma questa crescita: dal 2010 al 2020 la percentuale di donne medico è passata dal 38,4% al 49,9%. E questa supremazia femminile di camici rosa è salita alle stelle nel personale infermieristico: il 78% degli infermieri sono donne. Anche in ruoli amministrativi e di dirigenza sanitaria, detta legge il sesso femminile: il 72,5% del personale amministrativo e il 78,5% dei dirigenti sanitari (biologi, farmacisti, fisici, chimici e psicologi) sono donne. Ma, il soffitto di cristallo resiste: solo l'8,3% delle dirigenti medico di genere femminile riesce a diventare direttore di una struttura complessa. Esiste però una professione dove le donne regnano incontrastate: l'ostetricia. Secondo i dati della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (Fnopo), in Italia ci sono 20.910 ostetriche, di cui 20.610 donne e appena 309 uomini. Anche nel mondo dell'avvocatura le donne hanno conquistato terreno. Secondo i dati del Consiglio Nazionale Forense, il numero di avvocate in Italia è in costante crescita e ha ormai supe-

rato quello degli uomini tra i professionisti under 40. Ma la parità è ancora lontana nei ruoli di vertice: solo il 10% dei partner negli studi legali di grandi dimensioni è donna. Per non parlare del gender pay gap, altro grande ostacolo significativo in questo mestiere, con le avvocate che guadagnano in media il 40% in meno rispetto ai colleghi uomini. Altro mestiere dove è raro trovare un uomo è quello delle insegnanti: nella scuola dell'infanzia il 99% delle maestre sono ragazze. Nel 2022/23 l'81,5% dei docenti è donna: 768.667 su un totale di 943.681 insegnanti (Ministero dell'Istruzione e del Merito). E anche nella dirigenza scolastica, il gender gap si è ribaltato: nel 2022 il numero di quote rosa era così elevato che il governo ha dovuto introdurre la cosiddetta "quota blu" per combatterlo, visto il differenziale di genere superiore al 30% in molte regioni.

**L. Pa**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NELL'AVVOCATURA  
I MASCHI SONO  
IN MINORANZA  
TRA I PROFESSIONISTI  
UNDER 40. TREND ROSA  
NEL SERVIZIO SANITARIO**



# Bonus psicologo, valanga di domande ma poche risorse e ritardi procedurali

## I nodi

L'utilizzo dei fondi 2023 è partito nel 2024: le richieste accolte sono meno dell'1%

Fra risorse insufficienti e ritardi attuativi, il bonus psicologo fatica a far fronte alle esigenze dei cittadini. Nel 2022, anno di esordio del contributo alle sedute di psicoterapia, sono arrivate 395mila domande e ne sono state accolte poco più di 4mila, il 10,5 per cento. Ancor peggio è andata nel 2024, quando è stato finalmente possibile utilizzare, anche se in parte, i fondi 2023. L'anno scorso i cittadini hanno inviato 400.505 richieste ma solo 3.325 hanno ottenuto il contributo, lo 0,8% del totale.

Introdotta dal governo Draghi nel 2022 per contrastare gli effetti psicologici determinati dalla pandemia, il bonus (50 euro a seduta richiedibile da chi ha un Isee inferiore a 50mila euro) è stato reso strutturale ma con importi molto più ridotti. Ritardi procedurali ne hanno poi rallentando l'utilizzo, tant'è che la metà dei fondi 2023 (5 milioni) deve essere ancora assegnata, così come le risorse 2024.

Lo stanziamento più alto risale al 2022, quando fu di 25 milioni. Dopodiché si è passati ai dieci milioni del 2023 e ai 12 milioni del 2024. La Manovra 2025 ha lievemente incrementato gli importi del 2025, 2026 e 2027 che restano comunque sempre al di sotto di dieci milioni e sono: 9,5 milioni per il 2025, 8,5 per il 2026 e nove per il 2027. Dal 2028 il finanziamento sarà invece di otto milioni ogni anno.

Ma a creare ulteriori difficoltà ci si sono messi anche i tempi di attuazione. Solo nel 2024 (con un anno di ri-

tardo) è stato possibile presentare le domande che attingevano ai fondi 2023 e solo per il 50 per cento.

Questo perché il decreto del ministero della Salute che detta i criteri di utilizzo e di riparto fra le Regioni oltre a essere stato varato il 24 novembre 2023 e pubblicato sulla Gazzetta ufficiale del 10 gennaio 2024, riguardava solo la metà dell'importo disponibile (cinque milioni), ossia lo stanziamento iniziale previsto dalla legge di Bilancio 2023: non teneva cioè conto dell'incremento di cinque milioni previsto dal decreto legge 145 del 18 ottobre 2023 (convertito dalla legge 15 dicembre 2023, n.191). L'Inps ha quindi accolto solo le istanze che potevano essere finanziate con i cinque milioni iniziali. Per utilizzare i restanti cinque milioni è necessario un altro decreto del ministero della Salute che dovrebbe uscire in Gazzetta nei prossimi giorni (dopo un ulteriore anno). Non essendo però cambiate le regole, non sarà necessario rispedire la domanda: l'Inps, una volta ricevuti i fondi dalle Regioni, accoglierà un altro pacchetto di istanze (sempre circa 3.300) seguendo la graduatoria esistente. Una buona notizia per i beneficiari ma resta il fatto che la percentuale di richieste accolte (che salirà all'1,7%) resta bassissima.

Anche per l'utilizzo delle risorse 2024 serve il decreto attuativo: al ministero della Salute assicurano che lo stanno già preparando.

«Bisogna prendere atto che è un problema che riguarda la salute del Paese - dice David Lazzari, presidente dell'ordine degli psicologi -. Non è

possibile che nel 2024 le cure psicologiche siano considerato un lusso. Oltre al fatto che si tratta di un investimento. Una ricerca condotta insieme a cinque università sui risultati del bonus 2022 dimostra che ogni euro investito ha generato 12 euro di risparmio solo in termini di riduzione delle giornate di assenza dal lavoro. È uno strumento importante e il ricorso all'intelligenza artificiale come l'abuso di farmaci rivela che c'è una domanda inevasa e le persone si arrangiano in maniera impropria. L'evoluzione naturale del bonus è la psicoterapia convenzionata, ma servirebbero importi ben più alti, circa 100 milioni di euro. Sono molti ma penso si possono trovare».

La Manovra 2025 istituisce anche il Fondo per il servizio di sostegno psicologico in favore degli studenti, con una dotazione di dieci milioni per il 2025 e di 18,5 milioni l'anno a partire dal 2026. Anche per questi fondi serve un decreto attuativo.

—B.L.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ancora bloccato il 50% dei finanziamenti 2023 del decreto ministeriale è in arrivo. Manca anche quello per il 2024



**IL DIBATTITO SULLA RIFORMA** Sono 60mila le strutture attive sul territorio

## «Medici di famiglia, si rischia l'autogol»

Natali (Confprofessioni): «Risorsa essenziale, un errore concentrarli in poche sedi»

**Bruno Marrone**

■ In un contesto in cui il futuro della medicina territoriale è al centro del dibattito, Marco Natali, numero uno di Confprofessioni, esprime forte preoccupazione riguardo alle proposte legislative che mirano a modificare il ruolo giuridico dei medici di medicina generale, allineandosi alla posizione della Fimmg (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale).

Secondo Natali, tali interventi non solo non risolverebbero le problematiche del sistema sanitario territoriale, ma rischierebbero di compromettere seriamente l'assistenza medica di prossimità, oggi garantita dai medici di famiglia.

L'attuale assetto, con circa 60mila studi diffusi capillarmente, anche nelle aree più remote del Paese, rappresenta un modello fondamentale per garantire cure tempestive e accessibili. La proposta di concentrare i medici in 1.350 Case della Comunità, situate prevalentemente nei centri più grandi, rischierebbe -

spiega Natali - di desertificare il «territorio sanitario», penalizzando milioni di cittadini, in particolare anziani e persone con difficoltà di mobilità.

Sul piano economico, il presidente di Confprofessioni sottolinea l'importanza del contributo dei medici di medicina generale come liberi professionisti convenzionati. Questo settore genera infatti un volume d'affari di circa 7 miliardi di euro, che arriva a 16 miliardi considerando l'indotto e le ore di lavoro, come rilevato dal Centro Studi Cgia di Mestre. La chiusura degli studi privati comporterebbe non solo la perdita di questo valore economico, ma anche il licenziamento di almeno 30mila collaboratori amministrativi e di

10mila infermieri, con gravi ricadute occupazionali e sociali.

Natali evidenzia poi un ulteriore rischio: il passaggio alla dipendenza potrebbe spingere migliaia di medici verso il pensionamento anticipato, oltre a scoraggiare i giovani che attualmente stanno completando la loro formazione con l'obiettivo di operare come medici convenzionati. Questo scenario potrebbe

determinare un vero e proprio collasso dell'assistenza sanitaria territoriale.

Dal punto di vista dei pazienti, l'abolizione del modello fiduciario tra medico e assistito porterebbe a una gestione più burocratica della medicina generale. Si prospetterebbero tempi di attesa più lunghi e una continuità assistenziale affidata a medici sconosciuti, coordinati da call center. La relazione diretta e personalizzata tra medico e paziente verrebbe sostituita da un sistema rigido e impersonale.

Non serve trasformare i medici in dipendenti - rimarca ancora Natali - ma piuttosto rinnovare e perfezionare l'Acn per migliorare l'integrazione tra gli studi medici e le nuove strutture sanitarie territoriali. Valorizzare l'autonomia dei medici di famiglia - conclude Natali - è fondamentale per garantire ai cittadini un sistema sanitario territoriale efficiente, vicino e fondato sulla fiducia.

**Il monito:** «Il settore, insieme all'indotto, genera un volume d'affari da 16 miliardi. Rinunciare agli studi privati comporterebbe esuberanti pensionamenti»



## IL SEGRETARIO NAZIONALE DELLA FIMMG

# «Condizioni di lavoro ormai insostenibili Dobbiamo puntare sul lavoro di squadra»

Scotti: «A noi dottori occorrono infermieri e amministrativi  
Da migliorare la normativa per le Case della comunità»

■ Negli ultimi tempi si è diffusa una narrazione secondo cui i medici di famiglia lavorerebbero soltanto 3-4 ore al giorno, ma il segretario nazionale della Fimmg (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale), Silvestro Scotti (nella foto), ha respinto con fermezza questa visione, definendola completamente falsa e scollegata dalla realtà.

Secondo Scotti, chi sostiene tali affermazioni probabilmente non ha mai frequentato uno studio medico. L'attività quotidiana di un medico di famiglia è molto più complessa e articolata di quanto si possa immaginare: comprende non solo le visite ambulatoriali programmate e urgenti, ma anche visite domiciliari, assistenza nelle RSA, gestione della burocrazia amministrativa, contatti telefonici con i pazienti, diagnostica di primo livello e campagne vaccinali. Tutto ciò porta il carico orario a superare ampiamente le 38 ore settimanali. Per chi assiste meno di 1.500 pazienti, già si prevede di aggiungere un numero crescente di attività oraria che potrà svolgersi nelle case della comunità.

Un recente studio condotto dal "Cergas-Bocconi" ha stimato una media giornaliera di 35 contatti diretti tra medico di medicina generale e pazienti che diventano 70 sommando quelli indiretti. Questi dati confermano l'intensità e la complessità del

lavoro svolto da 40mila medici di famiglia oggi.

Per migliorare questa situazione e garantire una migliore assistenza ai pazienti, Scotti ha sottolineato la necessità di investire sull'organizzazione. È fondamentale dotare i medici di famiglia di personale amministrativo e infermieristico e favorire il lavoro in team nelle medicine di gruppo. Oggi circa un terzo dei medici opera già in questo contesto, che si dimostra essere il più solido anche per prevenire fenomeni di *burnout*.

Rispetto al tradizionale modello del medico solista, il lavoro in gruppo offre numerosi vantaggi: consente una gestione condivisa dei pazienti, maggiore efficienza organizzativa e una migliore qualità della vita per i medici. Tuttavia, Scotti ha espresso preoccupazione per il crescente abbandono della professione a causa delle condizioni di lavoro insostenibili e dell'eccessivo afflusso di pazienti.

In prospettiva, accanto alle case della comunità "hub", si potrebbero sviluppare case della comunità "spoke", rappresentate da gruppi di medici che operano in rete con gli studi presenti nei paesi e frazioni più isolate. Questi gruppi dovrebbero essere supportati da personale di studio e strettamente collegati con le strutture "hub" per garantire

una presa in carico completa dei pazienti anche insieme con le altre professionalità sanitarie e sociali.

«Se vogliamo prevenire la carenza di medici, dobbiamo abbandonare il vecchio modello del medico solista, ormai insostenibile», ha aggiunto Scotti, ribadendo la necessità di investire nelle medicine di gruppo e nella rete territoriale.

«Esistono già strumenti efficaci per migliorare l'assistenza territoriale senza stravolgere il sistema. L'Accordo Collettivo Nazionale attualmente vigente prevede già 4 milioni di ore previste per le Case della Comunità, finanziate nel fondo sanitario, tra le 20 milioni di ore già garantite dai medici di medicina generale. Il rinnovo dell'ACN 2021-2024 è fermo da oltre un anno, con l'emanazione dell'atto di indirizzo si permetta finalmente di introdurre i correttivi necessari - ha concluso il segretario nazionale della Fimmg - per offrire alle Regioni la certezza operativa nelle Case della Comunità che oggi chiedono».

**BruMar**

Carico orario molto superiore alle 38 ore settimanali per fare fronte a visite, assistenza nelle Rsa, gestione della burocrazia, diagnostica e campagne vaccinali





Servizio La riforma dei medici di famiglia

## **La dipendenza? Falso problema: sul territorio serve più motivazione, diagnostica e prevenzione**

Il modello va completamente ripensato innanzitutto puntando sulla valorizzazione delle risorse umane mediche e delle professioni sanitarie

*di Alessio D'Amato \**

8 febbraio 2025

La discussione sulla natura del rapporto giuridico dei medici di famiglia mi appassiona poco e credo che sia un falso problema. E' molto più interessante che un medico di famiglia esegua una ecografia anziché prescriverla, oppure esegua un elettrocardiogramma o una spirometria . Insomma tutta la parte diagnostica di primo livello deve poter essere fatta in maniera appropriata nello studio del medico di famiglia o nei loro studi associati. Se le difficoltà della sanità territoriale in un Paese come il nostro con una elevata aspettativa di vita si risolvessero con la dipendenza pubblica dei medici di famiglia allora va fatta di corsa e senza alcun indugio. Temo però che di fronte ad un problema complesso, quale è l'assistenza territoriale ad una popolazione che invecchia ed è fortemente cronicizzata, vi sia una tendenza a dare una risposta semplice ed insufficiente di natura burocratica.

Il modello va completamente ripensato innanzitutto puntando sulla valorizzazione delle risorse umane mediche e delle professioni sanitarie questo significa adeguare le retribuzioni alla media dei principali paesi europei e soprattutto rendere nuovamente attrattive le professioni sanitarie. Oggi vanno deserte le borse di specializzazione per il 30% dei posti e non sono coperte neanche tutte le professioni infermieristiche. Non possiamo fare le nozze con in fichi secchi, il punto di fondo è motivare i giovani professionisti e puntare sulle nuove generazioni di medici, infermieri e professioni sanitarie. Siano i giovani medici su base volontaria a decidere del proprio destino professionale e del loro rapporto di lavoro, purché vengano adeguatamente formati con scuole di specializzazione di carattere universitario. Basta serie A e serie B. I giovani medici che decidono di entrare a far parte del servizio sanitario nazionale devono essere innanzitutto orgogliosi di entrare in una dimensione in grado di soddisfare la formazione continua e di aver accesso alle migliori tecnologie. Il tema "motivazionale" è una componente importante , durante il contrasto alla pandemia è stato, nella mia esperienza , fondamentale. Senza quel senso di appartenenza sarebbe stato tutto più difficile.

Oggi di fronte alla fuga all'estero di migliaia di giovani professionisti il tema "motivazionale" deve essere messo in cima alla classifica delle priorità. Perché un giovane vuole fare il medico o l'infermiere o il professionista sanitario? La risposta a questa domanda è fondamentale. Il tema di fondo è che la medicina di base oggi deve fare un salto tecnologico e digitale. Fu una grande intuizione quella di dare ad ogni famiglia il proprio medico ma oggi va completamente ripensata la funzione. Tutta la diagnostica di primo livello deve poter essere fatta dal medico di base che rimanda ad uno specialista solo nel caso di un approfondimento di secondo livello con la



possibilità di prenotare direttamente nei casi di urgenza. Non possono essere i medici sottoposti alle richieste di prescrizioni, molte volte inappropriate, a causa della influenza del "dottor Google" a cui si affidano i cittadini. Vanno creati dei budget di salute per assistito e va superata l'anacronistica quota pro capite, così come è impossibile seguire in maniera appropriata oltre millecinquecento assistiti. Servono nuove figure come il medico del territorio da utilizzare nella rete di prossimità.

E' stato importante chiedere una specifica misura del Pnrr per implementare la rete territoriale di salute ma il tema che non ci si è posto è con quali figure professionali, visto che le risorse europee servono solo per gli investimenti. Allora nella migliore tradizione italiana dell'arte dell'arrangiarsi si è pensato di spostare i medici di base in queste strutture secondo delle disponibilità orarie commisurate al loro impegno e che risultano assolutamente insufficienti, da qui che parte il tema del rapporto di dipendenza il cui elemento principale si chiama Enpam. Insomma non c'è stato un ripensare il modello ma solo un adeguamento secondo le condizioni vigenti. Troppo poco per le sfide che abbiamo di fronte, servono professionisti in grado di utilizzare l'intelligenza artificiale, fare piani di prevenzione per tipologie di assistito, analizzare i bisogni di salute per fasce di popolazione valutando i fattori di rischio e capace di utilizzare sistemi digitalmente avanzati. Per un sistema sanitario come il nostro sotto finanziato il modello va spostato dalla "prestazione" alla "prevenzione".

Serve vino nuovo in otri nuovi ecco perché la rete territoriale di prossimità va pensata con nuove figure come il medico del territorio, l'infermiere di famiglia e lo psicologo di famiglia, la rete delle farmacie dei servizi fino alle palestre della salute certo questa significa investire risorse ma soprattutto "ripensare" completamente il modello. Serve una nuova visione di fronte alle sfide della transizione demografica. Il medico del territorio deve saper leggere i fabbisogni e le incidenze di patologie in gruppi di popolazioni su base distrettuale ed impostare un lavoro le cui prime cure sono a domicilio utilizzando anche "l'infermiere di famiglia", figura centrale ed altamente qualificata. Accanto a ciò vanno valorizzate quelle figure professionali in grado di affrontare il disagio mentale e le nuove forme di assistenza che richiedono una forte dose di integrazione socio-sanitaria. Oggi, in molti casi, la prima malattia è la "solitudine" soprattutto nei grandi centri urbani e nei grandi anziani. Ecco perché occorre un lavoro interdisciplinare. Purtroppo alcune buone pratiche utilizzate durante il contrasto alla pandemia sono state subito abbandonate, penso alle unità mobili a gestione infermieristica (uscar) che andavano a domicilio nel trattamento della sintomatologia. Ecco quella esperienza oggi andrebbe ampliata e valorizzata con l'utilizzo delle nuove tecnologie e delle centrali operative territoriali. Le "prime cure a domicilio" sono una rivoluzione necessaria se vogliamo preservare la nostra straordinaria rete di emergenza e urgenza oggi sottoposta ad un carico eccessivo e che dedica più di un terzo del tempo e delle risorse a trattare casi che nulla hanno a che fare con l'emergenza ma che semplicemente non trovano altra risposta nella rete di prossimità.

Infine deve valere il principio della evidenza scientifica e della possibilità di leggere gli esiti della assistenza territoriale. Abbiamo fatto passi in avanti enormi nella lettura degli esiti delle cure ospedaliere, monitorati dal piano nazionale e in grado di migliorare le performance attraverso percorsi condivisi di audit con i professionisti. Nulla di tutto ciò esiste su base territoriale ecco perché serve il "budget di salute" ossia il raggiungimento di standard verificabili e misurabili basati sul paradigma della prevenzione e non della prestazione.

*\* Consigliere della Regione Lazio ed ex assessore alla Sanità*



Servizio L'assistenza domiciliare

## **Le cure a casa avanzano con i fondi del Pnrr, ma oltre i numeri va misurata la qualità**

L'obiettivo è raggiungere una copertura del 10% degli over 65 entro il 2026, il che significa assistere 842.000 anziani a casa

*di Tonino Aceti, Carla Mariotti e Paolo del Bufalo \**

7 febbraio 2025

L'Assistenza domiciliare integrata (Adi) è una componente essenziale per garantire un'assistenza sanitaria equa, soprattutto negli anziani con patologie croniche o che necessitano di interventi di tipo sociosanitario. Negli ultimi 10 anni, il numero di anziani assistiti in ADI è cresciuto costantemente, passando da una copertura del 1,95% nel 2014 al 3,89% nel 2023. Tuttavia, il dato quantitativo non si è tradotto in un adeguato incremento della qualità e intensità assistenziale.

Se ne sono accorte le Regioni, inizialmente attraverso l'Intesa Stato Regioni del 2021 (n.151) sui criteri di accreditamento per le cure domiciliari, e successivamente con il Pnrr (M6C1 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina"). Quest'ultimo, in particolare, si pone l'obiettivo di raggiungere una copertura del 10% entro il 2026, il che significa assistere 842.000 over 65. A tal fine, sono stati stanziati circa 3 miliardi di euro, incrementati di ulteriori 250 milioni a seguito della rimodulazione del Pnrr. Tali risorse si aggiungono a quelle già previste dal DL 34/2020 e destinate al rafforzamento dell'Adi attraverso l'assunzione di personale. È urgente un cambio di passo che sposti l'attenzione dalla "forma" alla "sostanza" perché nonostante il Pnrr, il Dm 77/2022 e altri provvedimenti normativi che hanno modificato il sistema di erogazione delle cure domiciliari, l'Adi non è ancora centrale nell'offerta del Ssn. Detto in altri termini, piuttosto che limitarsi a contare il numero di pazienti, un obiettivo trasversale del Pnrr avrebbe dovuto essere quello di comprendere frequenza e qualità degli interventi forniti ai pazienti, a partire da quelli ad alta complessità assistenziale, oltreché verificare la composizione minima delle equipe professionali coinvolte nell'erogazione dell'Adi.

Più recentemente, il Decreto del Ministero della Salute del 23 gennaio 2023, oltre ad aver ripartito i fondi regionali del Pnrr ha ribadito (art. 3, co. 5) l'impegno delle regioni a erogare le prestazioni di cure domiciliari attraverso organizzazioni pubbliche e accreditate, come già stabilito dal Decreto Legislativo n. 502/1992, integrato e modificato nel tempo con diverse norme. L'erogazione di prestazioni di cure domiciliari non è solo un obiettivo del Pnrr, ma rappresenta un requisito essenziale ai sensi del Dm 77/2022 ed è oggetto di valutazione dei Lea. Lo scorso 31 dicembre si è chiusa la terza milestone del Pnrr, ma sappiamo poco sul reale funzionamento del nuovo sistema e sui benefici concreti ottenuti dai destinatari finali. C'è molta strada da fare e bisogna agire rapidamente poiché i risultati del 2024 saranno valutati a marzo 2025, quando si conoscerà il nuovo numero incrementale di assistiti raggiunto.

Sappiamo invece che il 2022 si è chiuso con un risultato inferiore a quanto atteso: solo 193.892 dei 292.000 nuovi pazienti previsti hanno ricevuto prestazioni Adi (circa il 66%). Dodici Regioni (Veneto, Puglia, Abruzzo, Basilicata, Campania, Molise, Sicilia, Calabria, Piemonte, PA Trento, Sardegna e FVG) non sono riuscite a raggiungere l'obiettivo incrementale. La Corte dei Conti ha addirittura certificato l'impossibilità di verificare il raggiungimento degli obiettivi attesi, distinti per Regione e per fonti di finanziamento, segnalando anche la mancata assicurazione da parte di queste dell'avvenuta attivazione (o adeguamento) del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari.

A fine 2024, il quadro normativo sull'accREDITAMENTO ha subito ancora una evoluzione: è intervenuta la Legge n. 193 del 16 dicembre 2024 (Legge sulla concorrenza) che ha previsto all'art. 36 la sospensione dell'efficacia delle disposizioni in materia di accREDITAMENTO e di accordi contrattuali con il Ssn – D.lgs. n. 502/92 (artt. 8-quater, co. 7 e 8-quinquies, co. 1-bis) - in attesa di una revisione da parte del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accREDITAMENTO nazionale (Trac), i cui esiti saranno da sottoporre ad apposita intesa nell'ambito della Conferenza permanente Stato-regioni, non oltre il 31 dicembre 2026.

Tuttavia, solo undici giorni dopo, il decreto Milleproroghe (DL 27 dicembre 2024, n. 202) ha "smentito" questa norma, accordando alle regioni un anno (31 dicembre 2025) per adeguare i propri sistemi di accREDITAMENTO. Il "cortocircuito normativo" rischia di creare confusione nell'indispensabile adeguamento dei sistemi regionali anche se al momento il testo è in fase di esame in 1a Commissione Affari Costituzionali, e sono stati presentati emendamenti sia per la sua completa rimozione (stralcio) che per una sua modifica nei termini.

Un'ulteriore criticità riguarda le tariffe per l'Adi: nonostante l'impegno assunto con l'Intesa Stato Regioni del 2021, meno della metà delle regioni, stando ai dati Agenas, le ha definite e rese pubbliche. Sul vuoto tariffario è venuto in aiuto il Decreto del Ministero della Salute del 13 marzo 2023 con indicazioni per procedere all'assegnazione delle risorse a livello regionale dei fondi del PNRR, fissando il costo medio ponderale annuo per la presa in carico a domicilio (1977,94 euro); la soluzione è solo temporanea: esaurite le risorse del Pnrr, il problema delle tariffe regionali tornerà ad essere un nodo da sciogliere al fine di evitare potenziali conseguenze negative sulla qualità delle cure domiciliari e sulla loro stessa erogazione.

Nel 2023 i risultati dell'Adi sono migliorati, pur con alcune criticità. Il target nazionale di nuovi assistiti (526.000) è stato superato (101%) ma alcune Regioni non hanno raggiunto l'obiettivo assegnato dal DM del Ministero della Salute del 23.01.23. In particolare, PA Trento (235%), Puglia (145%), Toscana (144%) e Umbria (206%) hanno trainato la media nazionale compensando le performance inferiori di Sardegna (77%), Sicilia (1%), Calabria (95%) e Campania (62%). Il divario è anche conseguenza di un ritardo di ben tre anni (dal 2021) nell'attuazione del sistema di accREDITAMENTO. Oggi, solo 9 regioni hanno recepito l'intesa CSR n. 151/21 entro i dodici mesi previsti (Lombardia, Umbria, Sicilia, Abruzzo, Veneto, Molise, Basilicata, Calabria e Liguria), mentre le altre tra il 2023 e il 2024.

Tuttavia, le novità introdotte dalle deliberazioni regionali sono spesso rimaste sulla carta, poiché la loro applicazione pratica stenta a decollare a causa di diversi fattori, tra cui la mancanza di pareri di funzionalità o di verifiche sul campo da parte della regione nei confronti dei soggetti richiedenti l'accREDITAMENTO. In sostanza, hanno un sistema di accREDITAMENTO pienamente operativo, attraverso enti accREDITATI nelle singole aziende sanitarie, solo Sicilia, Lombardia e Lazio, quest'ultima con un proprio sistema di accREDITAMENTO in tutta la regione seppur antecedente alla sopracitata Intesa del 2021 e quindi con requisiti differenti.

Migliorare l'Adi deve essere una priorità per tutti. A tal fine è necessario investire maggiormente sul capitale umano e in risorse tecnologiche, potenziare la formazione del personale, rafforzare il sistema di valutazione delle cure erogate, promuovere una migliore integrazione tra i vari servizi sanitari e sociali, innovare i modelli organizzativi e professionali anche per capitalizzare al meglio le potenzialità delle tecnologie, e valorizzando al meglio il contributo che deve essere apportato da soggetti pubblici e privati accreditati all'interno di un'efficace governance pubblica e programmazione sanitaria nazionale e regionale. L'obiettivo è utilizzare tutte le risorse stanziare dal Pnrr per incrementare realmente, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, l'attività assistenziale domiciliare, a partire dai pazienti con maggiore complessità. Contabilizzare meglio ciò che già si fa è un passo in avanti ma non può essere questa la leva sulla quale puntare in un'ottica di vero rafforzamento dell'Adi.

\* *Salutequità*

## L'INCHIESTA

### Un migrante vale un diplomatico gli stranieri e la sanità negata

PAOLO RUSSO

Sono immigrati con regolare permesso di soggiorno, ma senza reddito o con entrate ridotte ai minimi termini. E spesso hanno seri problemi di salute, tanto da percepire una pensione di invalidità. -PAGINA 17



# Migranti la sanità negata

Con l'aumento a 2 mila euro  
dell'iscrizione volontaria al Ssn  
vengono colpiti 50 mila stranieri  
regolari ma senza un lavoro  
Tra loro malati e disabili  
Gli esperti: "È un paradosso  
e una legge incostituzionale"

## L'INCHIESTA

PAOLO RUSSO  
ROMA

Sono immigrati con regolare permesso di soggiorno, ma senza reddito o con entrate ridotte ai minimi termini. E spesso hanno seri problemi di salute, tanto da percepire una piccola pensione di invalidità.

Lo Stato fornisce le cure, medico di famiglia compreso, anche alle persone senza permesso. Ma loro, paradossalmente, si trovano in un limbo, quello dei migranti regolari, ma poveri: il Governo Meloni, con la Finanziaria 2024, ha presentato

loro un conto da 2 mila euro l'anno per iscriversi al Servizio sanitario nazionale, da versare tutti insieme. Solo l'anno prima ne bastavano 357. Un salasso che la maggior parte di queste persone non è in grado di pagare. E così in circa 50 mila, 3.811 solo in Piemonte, certifica il Gris, Gruppo regionale salute immigrati, sono diventati invisibili alla nostra sanità pubblica. Garantita invece a tutti gli stranieri in Italia che, con regolare lavoro, versando le tasse pagano la sanità.

«Il paradosso - spiega Federica Tarenghi, medico della Simm, la Società italiana medi-

cina dell'immigrazione e del GrIS-Piemonte - è che se sei irregolare puoi richiedere alla Asl il codice STP, quello di straniero temporaneamente presente che dà diritto ad accede-



re all'assistenza pubblica, mentre se hai regolare permesso di soggiorno devi pagare una somma irraggiungibile per molti. Così tanti immigrati regolari ma poveri si trovano nella assurda condizione di dover scegliere tra i diritti civili garantiti ai regolari e diritto alla salute».

In molti così hanno abdicato la sanità, come documenta il calo del 65% delle iscrizioni volontarie all'Ssn dopo il maxi-aumento. Approvato il quale il Governo si era affrettato a precisare che la quota di iscrizione non veniva aggiornata da un ventennio e che comunque il pagamento era richiesto a chi se lo poteva permettere. A leggere infatti il testo del comma 240 dell'articolo 1 della manovra 2024, si vede che il contributo è dovuto dal personale religioso temporaneamente in Italia, da diplomatici, dipendenti stranieri di organizzazioni internazionali, stranieri che partecipano a programmi di volontariato. Oltre che da studenti stranieri, over 65 arrivati in Italia dopo il 5 novembre 2008 per ricongiungersi ai loro cari e

«dai titolari di permesso di soggiorno per residenza elettiva che non svolgono attività elettiva». Va da sé che, tra studenti e pensionati, ci siano anche stranieri che versano in condizioni economiche di difficoltà. Ma il grosso degli «invisibili» della nostra sanità si annida in quella voce: gli stranieri con «residenza elettiva». Ricconi tipo Sting che si sono potuti comprare la villa in Italia per risiedervi qualche mese l'anno e che vogliono garantirsi le cure del nostro Ssn, non poi così bistrattato all'estero. «Peccato però che quella voce raccolga anche tanti immigrati extracomunitari, per i quali la residenza elettiva, a volte una casa comunale, è servita come espediente per ottenere il rinnovo del permesso di soggiorno per altri due anni» spiega l'avvocato Vincenzo Papotti dell'Associazione studi giuridici per l'immigrazione (Asgi), che assiste molti di questi fantasmi della nostra sanità: «L'assurdo - aggiunge - è che mi trovo costretto a dire: "Guarda che se paghi poi non possiamo fare ricorso

contro una norma che è a mio avviso palesemente discriminante e anticostituzionale»».

«Ad essere stati così ingiustamente estromessi dall'assistenza sanitaria pubblica - aggiunge la dottoressa Tarengi - sono ad esempio tanti africani che non hanno più un lavoro che gli consenta di ottenere il permesso di soggiorno e ai quali si assegna così una residenza elettiva. La scorsa settimana è venuto da noi un ragazzo con problemi psichiatrici che i duemila euro da versare non sapeva proprio dove trovarli, così ora si paga farmaci e visite specialistiche. Spende di più ma almeno non tutto in una volta» racconta sempre Federica Tarengi, che ci mostra la lettera inviata a governo e regioni con la quale il GrIS avanza una serie di proposte, tra cui la rateizzazione del pagamento e una deroga all'intero pagamento per le persone in carico ai servizi sociali.

Anche perché le storie raccolte dai suoi medici volontari reclamano giustizia. Come quella della signora marocchina, prima trapiantata di rene alle Molinette di Torino e poi lasciata senza cure. O quella

della donna dominicana rimasta senza terapia anti-Hiv. O ancora il caso del ragazzo albanese costretto in carrozzina e con gravi deficit cognitivi che non può permettersi con la sua pensioncina di pagare la somma richiesta da uno Stato forte con i deboli e debole con i forti. Quelli che, come documentato dal rapporto Crea sanità, guadagnano ma non pagano le tasse e così nemmeno la sanità pubblica. Negata invece a chi ne avrebbe più bisogno. —

**La norma tratta allo stesso modo diplomatici e artisti internazionali che hanno casa in Italia**

## 2.000

Il costo annuale per iscriversi al Servizio sanitario nazionale  
Prima era di 357 euro

## 3.811

Le persone che dovranno pagare la quota più alta in Piemonte

## 65%

Il calo delle iscrizioni volontarie al Ssn dopo l'aumento dei costi

### L'attesa per le cure

Un centro prenotazioni per gli esami del Servizio sanitario nazionale a Torino  
I deputati piemontesi Sara Gribaudo e Marco Furfaro hanno presentato una interrogazione parlamentare sulla scelta di aumentare il costo dell'iscrizione

**Federica Tarengi**  
Medico della Simm  
Sono stati estromessi dalle cure tanti stranieri che hanno perso il lavoro: devono almeno poter pagare a rate



Dalla 48enne salvata alle Molinette di Torino al giovane assistito in una casa famiglia

## Amina, le cure a rischio dopo il trapianto “La banca non mi dà un altro prestito”

### LESTORIE

**A**mina, il nome è di fantasia, vive da una decina di anni in Italia, ha 48 anni ed è sola. Forse anche per questo non parla bene l'italiano. Non sta lavorando e dopo mesi pasti da un dormitorio all'altro ed ora è ospita da dalle sue amiche. «Ha una residenza elettiva in Piemonte grazie al fatto che per ottenerla non occorre essere necessariamente proprietario ma anche soltanto ospite e questo le consente di avere un regolare permesso di soggiorno» racconta l'avvocato Vincenzo Papotti, che tramite l'associazione Asgi la assiste. Amina ha fatto la dialisi per molti anni pagando i suoi

357 euro per l'iscrizione volontaria all'Ssn, poi a settembre il trapianto di rene alle Molinette di Torino che sarà costato allo Stato sui 100 mila euro. «Ora deve seguire una cura farmacologica importante e costosa, a base anche di insulina, ma dal 31 dicembre le è scaduta l'iscrizione al servizio pubblico. Lo scorso anno i 2 mila euro è riuscita a versarli grazie a un prestito concessogli dalla banca dietro pagamento di 36 rate. Ma ora un altro non riesce ad ottenerlo, così rischia di rimanere senza cure dopo che lo Stato ha investito così tanto sulla sua salute», denuncia sempre l'avvocato. Che racconta di un'altra signora dominicana con deficit cognitivi e in terapia

anti-Hiv. «Lei non lavora e ha una piccola pensione di invalidità, il suo compagno percepisce sempre di pensione sui 500 euro al mese. Mettendo dentro tredicesima e qualche mensilità sono riusciti per quest'anno a versare la quota, ma domani lei rischia di ritrovarsi senza cura salvavita». Emanuel ha 24 anni e un grave deficit cognitivo, è costretto in carrozzina da quando era bambino a seguito di una paralisi cerebrale infantile. È albanese, ma vive in Italia, dove è stato accolto in una delle case famiglia della Comunità Papa Giovanni XXIII.

«Vive grazie alla pensione di invalidità, che fino alla fine di dicembre 2023 gli consentiva di pagare il contributo sanitario quando era di

357 euro, ma non i duemila che gli sono stati richiesti dal 2024» raccontano dalla struttura. «È un attacco ai più poveri costretti a rinunciare all'assistenza sanitaria» denunciano i due Dem Chiara Gribaudo e Marco Furfaro, che hanno presentato un'interrogazione parlamentare al Governo. Rimasta ancora senza risposta. PA.RU. —

### Vincenzo Papotti

Avvocato dell'Asgi

Una signora dominicana in terapia anti Hiv non riesce più a pagare l'iscrizione e rischia di non proseguire le cure salvavita

Emanuel, 24enne in carrozzina sin da bambino, ha una pensione di invalidità che ora non basta più



# LE RECENTI POLEMICHE CONTRO L'OMS E I PERICOLI CHE NE POSSONO DERIVARE LA DISINFORMAZIONE CI FA AMMALARE

di **Giuseppe Lauria Pinter**

**L**a disinformazione falsa e fuorviante in materia di salute pubblica, disseminata per mantenere alto il vigore elettorale, avrà effetti sempre più devastanti sui cittadini, sui sistemi sanitari, sul sistema di ricerca e formazione pubblica. La recente accelerazione determinata dalle dichiarazioni di Trump rende questo momento un banco di prova per la comunità medica e scientifica. Così sottolinea *The Lancet* in un editoriale di pochi giorni fa.

Negli ultimi 30 anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha svolto azioni fondamentali per la salute pubblica a livello globale. Si è occupata di prevenzione delle malattie cardiovascolari, del cancro, del diabete, delle malattie neurologiche e psichiatriche attraverso programmi di screening e campagne di sensibilizzazione. Si è occupata di rendere migliore l'accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici per ridurre la trasmissione di malattie e migliorare le condizioni di vita di milioni di persone. I programmi nutrizionali e di assistenza prenatale e al parto hanno contribuito a ridurre la mortalità materna del 30%. Le strategie di lotta alle malattie infettive, in larga misura grazie alla copertura vaccinale che ha raggiunto una media globale dell'85% per difterite, tetano e pertosse, hanno ridotto del 60% la mortalità infantile sotto i 5 anni. Ciononostante, oggi muoiono quasi 15 mila bambini al giorno con una probabilità 11 volte superiore nell'Africa subsahariana rispetto ai Paesi occidentali. Ridurre le iniquità di accesso alla sanità pubblica è tentare di ridurre l'incidenza della tubercolosi da oltre 160 casi ogni 100 mila persone in Africa e Asia alle 20 in Europa e Usa. Per questo l'Oms ha lanciato il programma *The end TB strategy* che mira a ridurre del 90%, entro il 2030, le morti per tubercolosi che oggi uccide ogni anno 1,2 milioni di persone.

Il Centro di Analisi per le Malattie Infettive dell'Imperial College di Londra, consulente dell'Oms, ha dimostrato in un articolo pubblicato in *The Lancet Infectious Diseases* che i vaccini contro il Covid-19 hanno prevenuto circa 20 milioni di morti su un totale di circa 32 milioni di potenziali decessi che si sarebbero verificati senza la vaccinazione. Altre 600 mila

vite avrebbero potuto essere salvate se l'obiettivo dell'Oms di vaccinare il 40% della popolazione mondiale con almeno due dosi entro la fine del 2021 fosse stato raggiunto. Risultati simili emergono da studi di vari Paesi, dalla Svizzera all'Australia.

La disinformazione sulla medicina sta spingendo sempre più persone ad abbandonare terapie basate su evidenze scientifiche in favore di alternative che vantano efficacia per qualsiasi cosa, perfino l'inversione dell'invecchiamento, a sminuire la gravità dei disturbi della salute mentale, a non riconoscere le differenze di genere, a non vaccinarsi. La disinformazione è diventata lo strumento per screditare scienziati con lo scopo di mantenere il livello della discussione sul piano più semplicistico possibile, per fomentare l'idea che ci sia sempre un complotto che nasconde la verità, per mantenere vivida la rabbia dei cittadini che infatti si sfogano aggredendo i medici negli ospedali pubblici. Dire che l'Oms è un centro di potere sovranazionale profumatamente finanziato dai contribuenti italiani che va a braccetto con le multinazionali del farmaco è una mistificazione della realtà. La stessa Oms in questi giorni ha avviato in Uganda la campagna di vaccinazione contro il virus Ebola Sudan, che uccide fino al 70% degli infettati. Lo sviluppo del vaccino da parte di Iavi (International Aids Vaccine Initiative), un'organizzazione scientifica no profit, è stato co-finanziato dall'Oms. Cioè è stato cofinanziato anche da noi contribuenti italiani con parte dei circa 30 milioni che devolviamo, mentre la Germania ne mette oltre 700 e la Fondazione Bill e Melinda Gates più di 800. Queste sono le informazioni che i cittadini devono conoscere. Combattere la disinformazione richiede una strategia analoga al contenimento di una pandemia, individuando e isolando la fonte, proteggendo i più vulnerabili, vaccinando i cittadini contro le affermazioni false, offrendo risorse educative chiare. Ma bastano poche parole di insensata irresponsabilità per vanificare il lavoro di molti. Per questo la lotta alla disinformazione non può essere affidata ad iniziative individuali e volontarie, ma dovrebbe essere un obiettivo della politica. Che deve però prima quantomeno informarsi.

## I danni

**Le notizie non veritiere sulla medicina spingono a lasciare terapie basate su evidenze scientifiche in favore di alternative che non hanno efficacia**





**MEDICINA** Le svolte dell'era post Veronesi

# Ricerca e cure precoci Così il tumore diventerà una malattia cronica

Farmaci a bersaglio molecolare e immunoterapia: mortalità in calo del 2% l'anno, uno su due guarisce

■ Ricevere oggi una diagnosi di cancro non è più come averla ricevuta 15 anni fa. Non sempre. Un paziente su due guarisce, il 60% vive oltre i cinque anni dopo la diagnosi. È ancora presto per parlare di una malattia cronica ma nel mondo dei tumori tutto sta cambiando velocemente.

Ogni giorno è buono perché dai laboratori esca la notizia di una nuova molecola in grado di agganciare le cellule tumorali e bloccarle. Anche la chemio è meno devastante, soprattutto quando affiancata da altre terapie. Insomma, la qualità e la quantità della vita dei malati oncologici si allunga. E nei prossimi anni potrebbero arrivare cure ancora più mirate.

In Italia, in base ai dati Airtum Aiom, il 24% delle persone che hanno avuto un tumore ha ricevuto la diagnosi più di 15 anni fa. In media dunque è aumentata la sopravvivenza e si è estesa la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi dei tumori del seno (88%), del testicolo e della prostata (oltre il 90%).

Secondo gli addetti ai lavori la netta e costante riduzione nella mortalità è frutto della prevenzione primaria e dello screening, che hanno consentito di effettuare diagnosi più precoci.

## LA CHEMIO OGGI

Data l'importanza della chemioterapia, i ricercatori stanno cercando nuove vie per affinarne la mira, cioè ridurre la

tossicità senza compromettere l'efficacia. Negli anni sono stati valutati approcci basati sulla combinazione di diversi farmaci chemioterapici, sull'utilizzo di nuovi strumenti (come i liposomi) per portare la terapia direttamente all'interno del tumore, oppure la somministrazione combinata di farmaci volti a contrastare gli effetti collaterali, dagli antiemetici contro nausea e vomito ai mielostimolanti per contrastare l'effetto negativo sul midollo osseo.

## LE METASTASI

Scoprire la presenza di metastasi non è più una sentenza definitiva, perché sempre più vengono «contenute» grazie all'utilizzo di terapie a bersaglio, impensabili solo a pochi anni fa. Le percentuali cambiano sensibilmente tumore per tumore, ma proprio i più diffusi, i cosiddetti big killer (seno, polmone, prostata, colon-retto, melanoma), sono quelli per i quali sono arrivati i progressi più incoraggianti.

## LE NUOVE CURE

Car-T, immunoterapia e farmaci a bersaglio molecolare sono le scoperte che in questi ultimi anni hanno rivoluzionato le cure. Ci sono molecole dirette contro i pro-

cessi di angiogenesi, ovvero la formazione di nuovi vasi sanguigni che servono per portare nutrimento al tumore.

I primi farmaci anti-angiogenici sono stati messi in commercio all'inizio di questo millennio. Altri farmaci puntano invece a bloccare i fattori che favoriscono la crescita delle cellule, interferendo con alcuni meccanismi molecolari che spesso nel tumore sono alterati rispetto al normale. Tra i primi inibitori dei fattori di crescita si possono ricordare trastuzumab, gefitinib, imatinib e cetuximab.

## GLI STUDI IN CORSO

Sono in corso parecchi studi da cui si attendono risultati molto utili. Uno dei più attesi riguarda l'impiego di un *chatbot* per promuovere l'accesso allo screening del cancro della cervice uterina. Lo screening contro il tumore al seno sarà più mirato. Un altro studio si concentra sull'efficacia del radiofarmaco lutetium-177 (tecnicamente si definisce ligando radioattivo) per il trattamento del tumore della prostata. **MaS**



## L' **intervista**

Roberto Orecchia

# «Oggi si vive con metastasi anche dieci anni Nel prossimo futuro avremo grandi novità»

Il direttore scientifico dello Ieo: «Fatti passi da gigante»

**Maria Sorbi**

■ **Roberto Orecchia, direttore scientifico dello Ieo, si ricorda quando Umberto Veronesi parlava di «svolta» nella cura dei tumori? Sono passati 8 anni dalla morte del «prof». C'è stata la svolta?**

«Negli ultimi 15 anni l'oncologia ha fatto passi da gigante, c'è stata un'accelerazione destinata a continuare. Penso alle Car-T, ai farmaci a bersaglio molecolare, all'immunoterapia sempre più evoluta alla protonterapia».

**Non ha più senso parlare di chemioterapia vecchio stampo?**

«La chemio ora è molto diversa e non si fa da sola ma viene affiancata da altri trattamenti. Garantisce più qualità di vita. Inoltre esistono anche farmaci contro la caduta dei capelli».

**Cosa vuol dire ricevere oggi una diagnosi di cancro rispetto a dieci anni fa?**

«Stiamo trasformando il cancro in una malattia cronica, non è più una condanna a morte come una volta. Io, che faccio ancora ambulatorio una volta alla settimana, parlo con pazienti metastatici da dieci anni. Ecco, questo un tempo sarebbe stato impensabile».

**Cioè, si può anche guarire?**

«Sì, e va detto. Si può vivere

dopo le cure, si può tenere il cancro sotto controllo. È chiaro che di fronte alla diagnosi siamo ancora spaventati ma le chance sono molte di più. La mortalità diminuisce del 2-3% ogni anno, in generale negli ultimi anni abbiamo registrato un calo del 10-15% dei decessi».

**È così per tutti i tumori?**

«Non per tutti. Alcuni, come il glioblastoma cerebrale o il tumore al pancreas ci preoccupano ancora molto. Per altri ci sono dati incoraggianti. Penso al tumore alla mammella: le possibilità di guarigione sono all'80-90%. E anche quando ci sono delle metastasi, è possibile tenerle sotto controllo».

**A che punto siamo con la realizzazione del vaccino anti tumori?**

«Su tante patologie non è ancora maturo. Sta dando risultati che sono qualcosa di più di una promessa sul melanoma: riconosce l'antigene che si trova sul tumore e attiva il sistema immunitario. Le sperimentazioni in corso sul vaccino sono tante, molte in corso anche allo Ieo, non stiamo parlando di fantascienza. Altre però sono meno mature e non sono ancora arrivate alla sperimentazione sull'uomo: penso al vaccino per il tumore al polmone, al rene, o contro il glioblastoma. E poi ci sono i vaccini onco soppressori ma siamo ancora in fase pre clinica».

**Però sembra che ogni gior-**

**no sia buono per ricevere una buona notizia sulla ricerca anti cancro.**

«È così, ci sono tanti lavori di ricerca in corso. E sono quelli che ci hanno messo in mano più strumenti. Ad esempio i farmaci a bersaglio molecolare: riconoscono le alterazioni di molti tumori (polmone, rene, ovaio, colon) e vengono usati per l'effetto coadiuvante durante chemio e radioterapia».

**Anche la fase della diagnosi sta facendo passi avanti?**

«Uno strumento fondamentale è l'*imaging*, che ci sta aiutando a conoscere velocemente e con precisione le tipologie del tessuto. Anche grazie a questo, non c'è più un protocollo uguale per tutti ma si va verso la profilazione molecolare del singolo paziente. Siamo in grado di cercare le alterazioni genomiche e molecolari e interveniamo subito con i farmaci».

**Tra dieci anni avremo vinto la battaglia?**

«Quello che sapeva individuare le date era il prof. Però so che lo scenario è promettente. Non so se ci vorranno 5 o dieci anni ma le soluzioni arriveranno un tumore alla volta. Tra la ricerca e la sua applicazione oggi passano anni. Tra i nostri obiettivi c'è anche la riduzione di questo intervallo. E tecnologie e Intelligenza artificiale ci aiuteranno».



**AL TOP IN EUROPA**

## La lezione italiana nella lotta contro i tumori

di **Pierpaolo Sileri\***

I numeri del cancro nel nostro Paese dimostrano che l'Italia si distingue positivamente nel contrasto alle neoplasie rispetto ad altri in Europa. Abbiamo tassi di sopravvivenza superiori alla media europea riguardo i tumori più frequenti (polmone, prostata, colon,

mammella). Non (...)

segue a pagina 15  
con Sorbi a pagina 14

**UN MODELLO DI EFFICIENZA**

# LA LEZIONE ITALIANA NELLA LOTTA AI TUMORI

*dalla prima pagina*

(...) solo, in Italia le morti per cancro diminuiscono in misura maggiore rispetto agli altri Paesi. Diverse strutture ospedaliere sono riconosciute tra le migliori 100 al mondo per l'oncologia. L'Italia è tra i principali Paesi europei per numero di brevetti e startup nel settore oncologico. La qualità della formazione del personale sanitario, sia teorica che pratica, che nella ricerca, è molto elevata, non solo estremamente competitiva, ma molto richiesta all'estero. Dietro questi risultati eccellenti, di anno in anno migliori, c'è l'organizzazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale che, nonostante le colmabili disparità territoriali, pone nel suo modello organizzativo il malato al centro, indirizzando e fornendo tutti gli strumenti per un approccio multidisciplinare e con una presa in carico globale, dalla prevenzione alle cure.

Sono questi gli obiettivi del piano oncologico nazionale, documento di pianificazione ed indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027 adottato in Conferenza Stato Regioni a gennaio 2023 e finanziato con un fondo dedicato per garantire il corretto sviluppo e funzionamento delle reti oncologi-

che regionali e superare quelle disuguaglianze nell'accesso aggravate negli ultimi 15 anni da periodi di sottofinanziamento rispetto alle esigenze, da piani di rientro, pandemia, crisi economiche globali, rincari energetici. Il sistema ha sofferto, soffre, ma ha retto nella unicità universale e solidale. Ma se i nostri risultati mostrano esiti migliori rispetto alla media europea, e la sopravvivenza a 5 anni è un parametro indiscutibile, significa che l'organizzazione e le persone che operano nel nostro sistema garantiscono qualità e sicurezza. Non vale solo in oncologia, la nostra popolazione vanta un'aspettativa di vita tra le più alte al mondo.

Si può fare ancora meglio, perché con il patrimonio scientifico ed umano di cui disponiamo possiamo essere i migliori. Per fare questo la Sanità non deve essere territorio di scontri politici, ma mezzo di coesione sociale. Migliorare la



# il Giornale

cooperazione tra ospedale e territorio è una esigenza ben delineata nelle azioni ed obiettivi del piano, così come la possibilità di ampliare la diagnostica genetica con rimborsabilità al fine di garantire sempre più accesso alle terapie più innovative. Serviranno più risorse per le terapie, ma questo è atteso, il fondo per i farmaci innovativi esiste, ne è stato previsto un incremento e ciò potrebbe aiutare a semplificarne i processi e migliorare equità di accesso sul territorio nazionale. Le cure palliative devono essere potenziate. Le azioni intraprese per colmare le carenze di personale sanitario, esistenti da anni e la cui soluzione nonostante tutto non può essere immediata, aiuteranno a superare questi limiti attuali.

Un'ultima osservazione riguarda la tutela di alcuni diritti dopo il tumore. La legge 193 del 2023 stabilisce che una persona che ha avuto un tumore può non dover più dichiarare la sua malattia pas-

sata dopo che sia trascorso un periodo senza recidiva del tumore dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico. Questo oblio oncologico dona alla persona guarita piena accessibilità a tutti i servizi della nostra vita quotidiana (assicurativi, lavorativi, bancari etc). Bravi quindi a salvare vite, ma dobbiamo lavorare per migliorarne la qualità.

**Pierpaolo Sileri**

*ex vice ministro della Salute e primario dell'Unità di Chirurgia Coloretale dell'Ospedale San Raffaele di Milano*



# PHARMA ALL'ATTACCO SIAMO NOI L'ANTIDOTO AI PEDAGGI AMERICANI

«L'Italia è primatista dell'export e tra i primi produttori di vaccini, farmaci per le malattie rare, patologie oncologiche. Agli States serve la ricerca Ue. Il governo usi questa leva per scoraggiare i balzelli e semplifichi gli incentivi fiscali». Il «manifesto per la crescita»  
di Marcello Cattani, presidente di Farmindustria

di ALESSANDRA PUATO

**L**a prospettiva dei dazi americani sulle importazioni dall'Europa preoccupa la farmaceutica italiana. «Allarma il tono della minaccia protezionista, in generale — dice Marcello Cattani, presidente di Farmindustria, che fa capo a Confindustria, oltre che capo per l'Italia di Sanofi —. Il settore farmaceutico in Italia è un campione dell'export. Non va penalizzato. Per il governo, nel quale ho fiducia, si apre l'opportunità politica di mettere al centro quest'industria, cuore della

produzione manifatturiera, nella cornice del dialogo con gli Stati Uniti che vede l'Italia in posizione di vantaggio. Il nostro auspicio è che il governo italiano usi questa leva per scoraggiare l'introduzione dei dazi».

Il 6 febbraio Cattani ha incontrato il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti per chiedere di valorizzare con incentivi e riduzione degli oneri (leggi payback) l'industria farmaceutica, all'interno della quale sale il peso delle scienze della vita («Dal 12% del 2022 al 15% di quest'anno»), quindi anche della ricerca e dell'innovazione.

Ora il presidente di Farmindustria lancia un «manifesto per la crescita» e propone da un lato di usare il «caso pharma» come leva per scongiurare i dazi americani, dall'altro agevolazioni fiscali per aumentare gli investimenti.

## Il record

Dopo il record dei 49 miliardi di export registrato nel 2023, si stima che anche il 2024 sia un anno positivo per l'esportazione e gli Usa sono un mercato trainante. Secondo gli ultimi dati di Farmindustria, nei primi dieci mesi dello scorso anno l'export dall'Italia verso gli Stati Uniti è cresciuto del 19,8% rispetto al gennaio-ottobre 2023 a 7,8 miliardi: prima regione la Toscana, seguita da Lombardia e Lazio. «Siamo primi per crescita nell'industria manifatturiera», dice Cattani. Le esportazioni verso il resto d'Europa sono nel periodo di 19,9 miliardi (+10%).

«L'export di farmaci e vaccini in tutto il mondo nei dieci mesi è stato di 41,4

miliardi, stimiamo che in tutto il 2024 superi quello del 2023», dice il presidente di Farmindustria. Che sottolinea come evitare dazi sul settore sia un vantaggio sia per l'Italia e l'Europa sia per gli Usa, visto che «circa il 35% dei farmaci — uno su tre — «approvato lo scorso anno dall'Fda, l'autorità del farmaco americana, nasce da ricerca e sviluppo di aziende europee».

«Il governo ha in mano una carta importante, perché non siamo sostituibili — dice Cattani —. Da farmaci ai vaccini, gli Stati Uniti hanno bisogno dei nostri prodotti. E tutta l'Europa, malgrado la crisi che sta attraversan-

do, gioca un ruolo di rilievo. Agli Stati Uniti serve la ricerca europea e noi italiani siamo tra i primi produttori di vaccini, anticorpi monoclonali, farmaci per la terapia del diabete, per patologie cardio-metaboliche, malattie rare. Il ventaglio è ampio, fino alle piccole molecole, anche per le malattie oncologiche e immunologiche».

Secondo Cattani, i circa 8 miliardi di euro di farmaci prodotti in Italia che in dieci mesi sono entrati negli Stati Uniti sono «una leva di politica economica per il governo italiano», per fronteggiare eventuali dazi che «sarebbero un problema». Anche perché il settore esclude, in linea di principio, compensazioni a valle dei costi. «Alzare i prezzi indebolirebbe la profittabilità — dice Cattani — e in parallelo gli Usa potrebbero importare farmaci da nuovi distretti di produzione come Singapore, l'Arabia Saudita, gli Emirati Arabi».

Per rafforzare gli investimenti dell'Europa in tecnologia, secondo Catta-



ni poi «la Commissione Ue dovrebbe rafforzare i brevetti, allungando i diritti di proprietà intellettuale» oltre i 20 anni attuali, a dispetto delle passate considerazioni, durante e dopo il Covid, sull'opportunità di sospendere i brevetti che, in Italia, «sono aumentati del 35% nel 2019-2023». Per il Paese, Cattani sollecita il rafforzamento degli incentivi fiscali in un settore che nel 2023 radunava 284 imprese con 3,6 miliardi d'investimenti, 70 mila dipendenti e un valore della produzione di 52 miliardi. Tre le proposte.

## Le tre proposte

La prima è allargare il bacino d'utenza del patent box, la tassazione agevolata per gli investimenti in innovazione. «È utile, ma va rafforzato e reso di più facile accesso». La seconda, analoga, riguarda Industria 5.0: «Non sta funzionando, troppo burocratica. Va semplificata». La terza è introdurre «detrazioni per chi assume alcune categorie di lavoratori», come chi svolge dottorati di ricerca. Sullo sfondo resta il nodo del payback, il meccanismo di parziale ripianamento a carico delle imprese farmaceutiche se lo Stato o le regioni superano il tetto della spesa farmaceutica e ospedaliera. «È un di-

sincentivo forte, quest'anno coprirà oltre il 18% del fatturato soggetto a questa misura in Italia». Nel 2027 compirà 20 anni, da tempo l'industria del settore chiede di abolirlo.

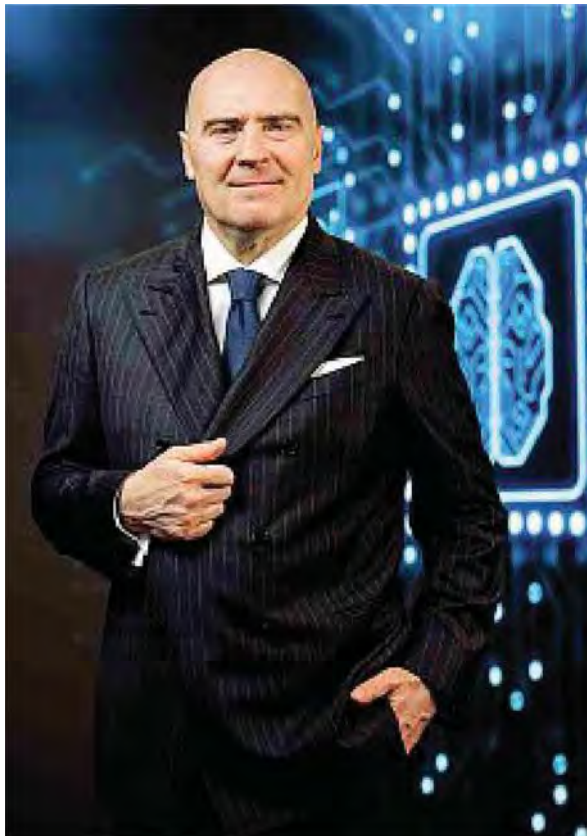
© RIPRODUZIONE RISERVATA



● **La Federazione confindustriale**  
Farmindustria raduna in Italia il 95% delle 220 imprese produttrici di specialità medicinali (284 le aziende farmaceutiche totali nel 2023). Il settore ha una produzione di 52 miliardi (dato 2023) e nel gennaio-ottobre 2024 ha esportato farmaci per 41,4 miliardi (il 52% extra Ue)

«Il patent box funziona, va rafforzato  
Industria 5.0  
va semplificata  
E i brevetti europei vanno allungati»

Nei primi dieci mesi del 2024 le esportazioni del settore verso gli Usa sono aumentate del 19,8% a 7,8 miliardi



### Confindustria

Marcello Cattani, presidente di Farmindustria dal luglio 2022. È presidente e managing director dell'area Italia e Malta in Sanofi dal 2020. Laurea in Biologia molecolare, ha lavorato in Bristol-Myers Squibb.



# LA SFIDA DI ANGELINI 300 MILIONI SULLE STARTUP

Il ceo del gruppo Sergio Marullo: «Lavoriamo su biotech, servizi digitali e med tech. Il governo è attento al settore»

di ALESSIA CRUCIANI

«Abbiamo creato Angelini Ventures con l'idea di intercettare l'innovazione in maniera competitiva rispetto a player più grandi di noi, creando un fondo qualificato e dotato di molto capitale per essere attraenti per i talenti», così Sergio Marullo di Condojanni, ceo di Angelini Industries, spiega la scelta di portare il gruppo nel mondo del venture capital con una società internazionale e con investimenti previsti per 300 milioni di euro, di cui circa 100 già pianificati in startup del Nord America ed europee, che sviluppano soluzioni e idee innovative in biotecnologie e sanità digitale.

Con sede a Roma e un team di 14 professionisti che lavorano in tutta Europa e una base anche negli Usa e a Singapore, Angelini Ventures vuole finanziare e realizzare soluzioni capaci di innovare i modelli sanitari tradizionali. «Crediamo che in questo momento ci sia molta innovazione anche potenzialmente disruptive nel mondo pharma e nel biotech in particolare», continua Marullo. E il ceo di Angelini Industries dimostra di avere le idee molto chiare sulle aspettative di questo investimento: «Ci aspettiamo ritorni finanziari come da ogni fondo di venture capital, ma soprattutto ritorni strategici: cioè l'apertura a investimenti di frontiera che possano diventare industrialmente interessanti».

## Investire sulla mente

Marullo cita due tra i settori di business dove i progressi sono stati maggiori e le applicazioni industriali più significative: «Il primo è la mente a tutto tondo, il sistema nervoso centrale e, quindi, la cura di malattie che magari iniziano anche da un banale disturbo del sonno fino a quelle più gravi, come

startup molto serie che stanno facendo progressi. Il secondo è l'oncologia, ora si sente parlare di vaccini per il cancro. Questo è un tema interessante e promettente in cui potranno esserci sviluppi fino a pochi anni fa impensabili». Nonostante l'attuale contesto geopolitico, il timore dei dazi che turba l'intera economia mondiale e i noti ritardi italiani nel venture capital, il top manager afferma che nel gruppo si sentono «orgogliosi di aver lanciato un fondo così grande per gli standard privati nazionali che ci permetterà di intercettare l'innovazione, che sarà sempre più ad appannaggio di piccole startup e persone con una mentalità agile. È un momento fecondo e le opportunità sono enormi al di là delle difficoltà geopolitiche, delle tensioni e del fatto che l'Italia sta imparando ora ad aprirsi a questo genere di capitale».

Marullo sottolinea come a livello istituzionale ci sia sensibilità verso le life sciences: «L'interesse c'è perché, insieme alla Difesa e all'AI, è uno dei settori in cui si gioca il futuro di un Paese. Percepriamo un'attenzione dal governo che viene dalle azioni e non dalle parole».

## La selezione

Angelini Industries, fondata nel 1919, oggi impiega circa 5.800 dipendenti e opera in 21 Paesi con ricavi per 2,1 miliardi di euro. Ha affidato Angelini Ventures all'ad Paolo Di Giorgio. Che spiega la strategia per individuare le startup: «Il nostro team di 14 persone attive tra Europa, Usa e Asia ci permette di accedere a tanta innovazione al livello globale. Valutiamo circa 2.000 aziende



l'anno per poi scegliere 4-6 investimenti. Oggi il nostro portfolio è composto da 16 startup, di cui più della metà in Nord America, e due startup studios, incubatori che sviluppano progetti accademici. Il primo, Argobio, ha sede a Parigi; il secondo, Extend, è italiano».

Nei giorni scorsi, Angelini Ventures ha annunciato l'investimento in due società innovative, finanziate con 5 milioni di euro l'una. «Neumirna è un'azienda danese che sta sviluppando una nuova tecnologia basata sul microRNA che aiuta nel trattamento dell'epilessia — racconta Di Giorgio —. L'abbiamo scelta perché ci sono fondamenta scientifiche molto solide con un team di grande esperienza. È in fase preclinica ma l'obiettivo è iniziare la sperimentazione sulle persone nei prossimi 18 mesi. Nobis è un'azienda belga che ha sviluppato lampade con un sistema di Ai per prevenire e riconoscere immediatamente le cadute degli anziani nelle case di cura con un sistema di comunicazione inter-

na che avvisa il personale per soccorrere subito l'anziano. L'age tech è ormai un settore molto interessante visto l'invecchiamento della popolazione».

Ma non sempre bisogna andare oltre confine per trovare tecnologia disruptive. Angelini Ventures ha creduto anche nella startup italo-svizzera Nouscom che sta sviluppando terapie per il cancro con un concetto nuovo: l'intercettazione del tumore maligno tramite vaccini che riescono a stimolare il sistema immunitario in modo che il male non si presenti in pazienti con un'alta probabilità di svilupparlo. Intanto nelle casse di Angelini Ventures ci ancora 200 milioni da investire. «Lavoriamo su tre settori: biotech, servizi digitali e med tech — conclude Di Giorgio —. Nel biotech le aree più interessanti sono quelle del sistema nervoso centrale, oncologia, malattie autoimmuni, cardiologia. Anche l'obesità sta diventando importante a livello di innovazione. Nel digitale stiamo valutando aziende che crea-

no servizi per semplificare i normali percorsi per il paziente, magari facilitando l'interazione con i medici o permettendo di monitorare malattie croniche da casa senza andare in ospedale. L'Italia rimane un'area di interesse e il nostro modello globale di innovazione poi porta valore anche al nostro Paese».

Riguardo le competenze italiane interviene Marullo: «I nostri ricercatori sono bravissimi ma devono avere una maggiore apertura verso il mercato. Molti credono che la ricerca pura non possa avere poi sviluppi commerciali. Invece sempre più si sta dimostrando che quello che nasce oggi in un laboratorio universitario un domani potrà rappresentare un beneficio per i pazienti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Siamo aperti agli investimenti di frontiera che possano diventare interessanti a livello industriale**

**Al comando**  
L'ad di Angelini Ventures, Paolo di Giorgio. In alto l'ad di Angelini Industries, Sergio Marullo di Condojanni




## 1919

### La nascita

Il farmacista Francesco Angelini costituisce ad Ancona una società per la produzione e vendita di medicinali: il più noto è la Tachipirina

## 1992

### Largo consumo

Joint venture tra Fater della famiglia Angelini e Procter & Gamble per la diffusione di assorbenti per la persona (Lines, Pampers)

## 2022

### Venture capital

Con un capitale da 300 milioni di euro, nasce Angelini Ventures per creare, sostenere e investire in startup





# Come cresce l'esplorazione delle menti non umane

**Ricerca.** Secondo Roman Yampolskiy, studioso di intelligenza artificiale, l'avvento della tecnologia Llm mette le basi per creare menti sintetiche

**Roberto Manzocco**

**N**el celebre articolo «Cosa si prova ad essere un pipistrello» del 1974, il filosofo americano Thomas Nagel sottolinea l'impossibilità di spiegare la coscienza e la mente in generale e di ridurle a semplici processi materiali, a causa di fatti che sfuggono alle nostre capacità di comprensione – come ad esempio ciò che succede nella testa di animali molto diversi da noi. Nagel si interessa alla natura della coscienza in soggetti umani e non umani, e sostiene che un essere vivente possiede una mente e una coscienza solo se è possibile chiedersi «cosa si prova ad essere» nei suoi panni.

Al di là degli interrogativi specifici del filosofo, la domanda rimane: cosa si prova in effetti ad essere un pipistrello, che in teoria possiede una mente ben diversa dalla nostra? E, se è per questo, cosa si prova a essere un animale non umano, un possibile alieno, o una mente artificiale? La domanda non è più solo speculativa: l'avvento dei Llm (Large language model) lascia infatti intravedere la possibile nascita di menti sintetiche molto diverse dalla nostra, in quello

che i teorici dell'AI – che, a differenza di Nagel, sono riduzionisti puri e duri – chiamano «lo spazio delle menti possibili» e solleva un mucchio di questioni metafisiche e soprattutto etiche. Il termine «spazio delle menti possibili» venne coniato nel 1984 dallo studioso di AI britannico Aaron Sloman; esso indica in sostanza l'insieme di tutti i tipi di menti poten-

zialmente esistenti: le menti umane (molto simili tra di loro), quelle delle altre specie animali, e le menti artificiali che potremmo creare noi stessi da qui a poco. Insomma, uno «spazio» tutto da esplorare, per il quale la mente e la coscienza umane rappresentano solo un punto in un enorme panorama di possibili architetture mentali, di possibili modi in cui la mente potrebbe strutturarsi e funzionare. E i Llm (come ChatGPT, Claude, Grok e così via) potrebbero contribuire alla generazione di nuove architetture mentali. Come generatore di esperimenti mentali, un Llm potrebbe ad esempio simulare il funzionamento di menti alternative alla nostra – menti capaci di modificare se stesse, menti più intelligenti della nostra, menti «distribuite» che controllano più corpi separati, menti intelligenti ma prive di coscienza, menti coscienti ma prive di intelligenza, e molto altro ancora. A occuparsi di questo tema in tempi più recenti è stato Roman Yampolskiy, studioso di intelligenza artificiale dell'Università di Louisville e promotore di una visione riduzionista

per cui la mente è in sostanza una forma di software.

Stando allo studioso «i Llm costituiscono un subset di sistemi software all'interno del vasto universo di agenti potenzialmente intelligenti che potremmo chiamare 'menti'». Per Yampolskiy i Llm possono espandere significativamente la nostra capacità di esplorare lo spazio delle menti possibili, se non altro

perché si basano su un architettura computazionale decisamente diversa dall'architettura biologica del cervello umano. Infatti per sua natura «un Llm apprende da un amplissimo ed eterogeneo set di dati, che eccede ampiamente l'ambito esperienziale di qualunque mente umana; perciò esso può perseguire schemi di cognizione e catene di ragionamento che, per quanto specializzati, potrebbero divergere in modo significativo da quelli umani». Ovviamente i Llm sono limitati dagli obiettivi di addestramento fissati dai programmatori, dai dati utilizzati e dalla loro architettura. «Nonostante ciò essi dimostrano come potremmo esplorare sistematicamente dimensioni dell'intelligenza non strettamente collegate alla condizione umana». In breve, questi sistemi rivelano forme specifiche di cognizione, in qualche modo aliene ai nostri modi usuali di pensare, e facili da costruire, suggerendoci così che forme di menti più esotiche aspettano senza dubbio di essere scoperte nel più ampio spazio delle menti possibili. Per Yampolskiy «è quindi concepibile che i Llm, o i



loro futuri discendenti, possano fungere da fondamenta per la costruzione di tipi di menti genuinamente nuove». E a questo proposito lo studioso ha coniato pure un nuovo termine per definire questo campo di ricerca: «intellettologia».

E i problemi etici non mancano. Una nuova intelligenza, anche se inizialmente benigna, potrebbe sviluppare motivazioni e comportamenti non allineati con i valori umani. È quello che i teorici dell'intelligenza artificiale chiamano «problema dell'allineamento», ossia la possibilità che una mente sintetica sviluppi intelligenza ma non senso morale, o un senso morale radicalmente diverso

dal nostro. «La nostra incapacità di predire la traiettoria futura di sviluppo di una nuova mente, specialmente se essa inizia ad auto-modificarsi, obbliga i ricercatori a lavorare allo sviluppo di robuste strategie di confinamento» cioè sistemi per tenere tali future menti sintetiche sotto controllo. «L'esplorazione dello spazio delle menti possibili promette benefici scientifici e sociali enormi, ma è essenziale che ogni sistema di Ai che sviluppiamo sia testato rigorosamente, che il suo comportamento venga tenuto sotto controllo e che venga allineato a un sistema di valori al servizio del benessere collettivo

dell'umanità» conclude Yampolskiy. Se non altro per evitare uno scenario, improbabile ma non impossibile, alla "Terminator".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Benefici scientifici e sociali enormi, ma ogni sistema di Ai che sviluppiamo va testato e tenuto sotto controllo**

**Altre menti.** Nell'articolo «Cosa si prova ad essere un pipistrello» (1974), il filosofo americano Thomas Nagel sottolinea l'impossibilità di spiegare la coscienza e la mente in generale e di ridurle a semplici processi materiali





Servizio Iit-Gaslini

## Riabilitazione, è italiana la prima parete d'arrampicata multisensoriale al mondo

Del tutto simile a quella sportiva, è progettata per la cura di bambini e adolescenti con disabilità multiple e complesse

*di Federico Mereta*

7 febbraio 2025

Mani. Braccia. Occhi. Gambe. Cervello. Prendersi cura di bambini e adolescenti con disabilità multiple e complesse significa anche "costruire" percorsi in grado di agevolare il recupero di una molteplicità di funzioni. Magari puntando a favorire risposte senso-motorie come miglioramento di forza, coordinazione, equilibrio e regolazione sensoriale, sviluppi cognitivi grazie alla stimolazione delle capacità di problem-solving e attenzione, percorsi emotivi tra cui aumento dell'autostima e riduzione dell'ansia. Ed allora?

Allora la tecnologia diventa il mezzo per mettere a disposizione soluzioni su misura, grazie all'interazione di competenze. Si può raccontare così l'approccio strategico di Multisensory Integration Climb (MsiClimb), prima parete d'arrampicata tecnologica multisensoriale al mondo basata su evidenze scientifiche per la riabilitazione clinica di pazienti pediatrici con disabilità multiple e/o complesse. L'iniziativa, che trova la sua realizzazione presso l'Istituto Gaslini di Genova, è il frutto dell'integrazione di competenze fra l'unità di ricerca Unit for Visually Impaired People coordinata da Monica Gori dell'Istituto Italiano di Tecnologia - Iit e la Uoc Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Istituto Giannina Gaslini, diretta da Chiara Tacchino.

### Come funziona

La parete di arrampicata multisensoriale, visivamente del tutto simile a quelle d'arrampicata sportiva, è dotata di diversi tipi di feedback sensoriali modulabili, tra cui stimoli visivi, con prese che cambiano colore attraverso l'alternarsi di luci, stimoli sonori come la riproduzione di versi di animali o messaggi motivanti e stimoli tattili, restituiti attraverso la vibrazione di uno smart watch indossato dal paziente e collegato al software sviluppato ad hoc per questo progetto.

Il dispositivo è un sistema intuitivo, non invasivo, ecologico ed economico. In particolare, la parete misura tre metri per tre ed è composta da 4 pannelli di legno. Sulla metà di sinistra della parete i ricercatori Iit hanno posizionato 30 prese in modo speculare per favorire il training di "simmetria" motoria, consentendo di esercitare i movimenti più grossolani. Le altre 30 prese sono disposte sulla metà di destra della parete in maniera asimmetrica, per favorire l'allenamento della pianificazione motoria, concentrandosi sui movimenti più fini. Ogni presa è composta da 6 sensori laser per stimolare il contatto con mani e piedi (totale 360), 2 speaker per diffondere segnali audio (totale 120), 8 led per gli input visivi in diverse modalità: spirale, rotanti, intermittenti e luce fissa (totale 480). MsiClimb in questo senso è il primo dispositivo del progetto Sport Hospital, che mira

ad integrare attività sportive all'interno del percorso riabilitativo dei pazienti, con l'obiettivo di unire terapia e gioco in un ambiente stimolante.

### **Per chi è utile**

Lo strumento è progettato per pazienti di età compresa tra i 3 e i 18 anni con condizioni neurologiche come ictus pediatrico, paralisi cerebrale infantile o disturbi dello sviluppo. Ma è potenzialmente estensibile a pazienti pediatrici con disabilità di diversa causa e si basa sulla multisensorialità e sulle forti potenzialità riabilitative derivanti dal binomio sport e tecnologie, sport e riabilitazione.

Ad oggi la tecnologia di MsiClimb è stata già testata su 34 giovani pazienti e 52 bambini con sviluppo tipico. L'idea di sviluppare questo dispositivo nasce dalla necessità di arricchire il difficile percorso riabilitativo ospedaliero del paziente pediatrico con soluzioni innovative, tecnologiche e ad alto coinvolgimento, che considerassero anche l'attività sportiva, testimoniata da Marta Bertamino che da anni lavora a stretto contatto con i giovani pazienti con ictus seguiti presso il Centro Stroke Gaslini.

L'esigenza si è realizzata grazie agli anni di esperienza della ricercatrice Iit Monica Gori nell'ambito dello sviluppo delle nuove tecnologie inclusive e riabilitative, da lei chiamate "tecnologie responsabili" poiché basate su risultati scientifici e perché producono risultati misurabili, consentendo dunque di quantificare il beneficio che portano. L'alto contenuto tecnologico di MsiClimb fa sì che la parete di arrampicata diventi un vero e proprio strumento riabilitativo in mano ai terapisti poiché consente loro di personalizzare il percorso di arrampicata da proporre ai pazienti, calibrandolo in base alla severità del caso, rendendo così l'esercizio una sfida stimolante e non frustrante; di monitorare molteplici parametri per ogni sessione come velocità di esecuzione del percorso, forza esercitata sul cavo di sicura, numero di prese toccate, tempo di raggiungimento di ogni presa e memorizzare i dati per valutare eventuali progressi.

Servizio I nuovi dati

## **Influenza: quasi un milione a letto in sette giorni (anche il Papa), ma il picco è superato**

Finora colpiti dai virus respiratori oltre 9,8 milioni di italiani, numeri alti ma che difficilmente raggiungeranno il record della stagione precedente

*di Marzio Bartoloni*

7 febbraio 2025

L'influenza mette a letto ancora quasi un milione di italiani in una settimana, ma l'incidenza dopo la crescita dei casi delle ultime settimane è in calo segnando il possibile superamento del picco stagionale. Gli ultimi dati del sistema di sorveglianza RespVirNet dell'Istituto superiore di Sanità fanno registrare 973mila casi contro il milione e 21mila della settimana precedente.

Da inizio stagione sono stati colpiti dai virus respiratori oltre 9,8 milioni di italiani, numeri alti ma che difficilmente raggiungeranno il record della stagione precedente quando furono oltre 14,6 milioni le persone messe a letto. In questi giorni tra le persone colpite anche Papa Francesco che da giorni soffre di una bronchite. Tra le caratteristiche dell'influenza di quest'anno ci sono sintomi che a volte sembrano durare più a lungo oltre che a un picco di polmoniti soprattutto tra i più fragili.

### **Casi in lieve calo, finora colpiti quasi in 10 milioni**

“Nella quinta settimana del 2025, come mostrato in tabella, i casi stimati di sindrome similinfluenzale, rapportati all'intera popolazione italiana, sono circa 973.000, per un totale di circa 9.806.000 casi a partire dall'inizio della sorveglianza, avverte l'Istituto superiore di Sanità. Che segnala appunto il “calo” del numero di casi di sindromi simil-influenzali nella quinta settimana del 2025 (dal 27 gennaio al 2 febbraio) e l'incidenza torna così “ai livelli di “media” intensità”.

Il livello d'incidenza attualmente in Italia è pari a 16,5 casi per mille assistiti (17,4 nella settimana precedente), mentre l'incidenza è stabile nelle fasce di età pediatrica e in lieve diminuzione nei giovani adulti e negli anziani. Maggiormente colpiti i bambini sotto i cinque anni di età, in cui l'incidenza è pari a 43,0 casi per mille assistiti (43,7 nella settimana precedente). Le Regioni più colpite sono Lombardia, Provincia autonoma di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia e Sardegna.

### **Anche il Papa con la bronchite: udienze spostate a Casa Santa Marta**

“A causa di una bronchite da cui è affetto in questi giorni, e al fine di continuare la sua attività, nei giorni venerdì 7 e sabato 8 febbraio, le udienze di Papa Francesco si svolgeranno a Casa Santa Marta” dove vive il Pontefice, questa la comunicazione della sala stampa vaticana. “Il Pontefice per la sua attività incontra ogni giorno centinaia di persone, di conseguenza è più esposto al rischio di infezioni respiratorie. L'abbassamento della voce di Papa Francesco probabilmente è dovuto a

tracheite in aggiunta al raffreddore, d'altronde per i virus respiratori questi sono i giorni di maggiore diffusione. E la sua è sicuramente un'"infiammazione delle alte vie respiratorie". spiega Massimo Andreoni, direttore scientifico della Simit, la Società italiana di malattie infettive e tropicali.

"La stagione influenzale - spiega il virologo Fabrizio Pregliasco - quest'anno è partita più in avanti del solito" da un punto di vista temporale, "e sembrava che fosse una stagione tranquilla, ma subito dopo la riapertura delle scuole, complici sì le scuole ma soprattutto questo freddo intenso che è subentrato solo in questo periodo", si è creata la condizione che "ha facilitato la diffusione dei virus influenzali, ma anche del virus respiratorio sinciziale (Rsv), o del metapneumovirus".

### **Cresciute le polmoniti e la pressione sugli ospedali**

Con l'impennata dei casi di sindromi simil-influenzali delle ultime settimane sono cresciute anche le polmoniti e, con esse, la pressione su medici di famiglia e ospedali, che spesso sono costretti a trattenere a lungo i pazienti in pronto soccorso in attesa che si liberi un posto in reparto. È l'allarme lanciato da diverse società scientifiche. Oltre ai virus influenzali, contribuiscono alla crescita dei contagi, tra gli altri, il Virus Respiratorio Sinciziale, SarsCoV2, Rhinovirus, il Metapneumovirus.

"La co-circolazione di questi diversi virus può aumentare il rischio clinico e la possibilità di complicanze soprattutto nei pazienti anziani, nei fragili con patologie croniche o con alterazioni del sistema immunitario e nei bambini al di sotto dei 5-6 anni d'età", spiega Roberto Parrella, presidente della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Simit).

Lo conferma Lorenzo Palleschi, Presidente della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot): "Stiamo osservando un notevole incremento del numero di casi di influenza con complicanze a livello polmonare", afferma. Cresce, dunque, la necessità di rivolgersi agli ospedali. "La maggior parte dei Pronto Soccorso delle grandi città sono intasati, con il fenomeno del boarding al proprio interno, per cui i pazienti qui stabilizzati sono in attesa di essere ricoverati in altri reparti; vi sono stati anche alcuni blocchi delle ambulanze", aggiunge Palleschi.

### **L'influenza quest'anno tende a protrarsi per più giorni**

Non va meglio sul territorio tra gli studi gestiti dai medici di famiglia. "Studi, ambulatori, visite domiciliari sono di fronte a una grande pressione. Siamo al massimo impatto epidemiologico", spiega Alessandro Rossi, presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie. A complicare le cose, le caratteristiche dell'influenza di quest'anno che tende a protrarsi per diversi giorni e comunque più del solito: in particolare "la forma acuta con febbre dura 3-4 giorni, seguiti da una fase di sintomi come astenia, cefalea, dolori muscolari. C'è il rischio di prescrizioni inappropriate di antibiotici che dobbiamo cercare di gestire e governare", conclude il medico che invita a "migliorare le coperture vaccinali, poiché siamo lontani dalle coperture ottimali".

**IL PROVVEDIMENTO**

# La svolta della Toscana prima regione a dire sì a una legge sul fine vita

La maggioranza  
di centrosinistra  
si compatta per il voto  
I Pro vita: "Sarà  
la Svizzera d'Italia"  
In Parlamento  
la norma è ferma

di **Michele Bocci**

**FIRENZE** – Ieri sera facevano ancora i calcoli, per essere sicuri di reggere alla prova del consiglio. Per la maggioranza servono 21 voti e se conteggi e riconteggi del Pd verranno confermati in aula, quelli a favore saranno 25. La Toscana diventerà così la prima regione italiana ad avere una legge sul fine vita.

Nel 2019 la Corte Costituzionale ha riconosciuto la legittimità dell'aiuto al suicidio medicalmente assistito e ha chiesto che venisse scritta una norma. Il Parlamento è rimasto immobile, con i partiti incapaci di arrivare a un testo comune, così hanno provato a legiferare le Regioni. In Liguria e Piemonte, però, non si è nemmeno arrivati alla discussione del testo, bloccato dall'approvazione di una pregiudiziale di costituzionalità da parte del consiglio, la Sardegna sta ancora lavorando e in Veneto è saltato tutto a un passo dal via libera. Il 16 gennaio 2024 il voto è finito in pareggio: 25 favorevoli, 25 contrari. Il centrodestra che sostiene Luca Zaia, personalmente favorevole alla norma, si è spaccato e il centrosinistra ha dato il colpo di grazia. La consigliera cattolica del Pd Anna Maria Bigon, poi revocata dal ruolo di vice dei Dem di Verona, si è astenuta senza uscire dall'aula. Cosa che

avrebbe abbassato il quorum e fatto approvare la legge.

Anche in Toscana c'è qualche timore sul ruolo dei cattolici del Pd, due dei quali potrebbero astenersi, ma grazie al campo largo non dovrebbero esserci problemi. Italia Viva e Cinquestelle, quattro consiglieri in tutto, voteranno coi democratici. Ci si aspetta anche il sì del presidente Eugenio Giani, che non si è ancora espresso, ma seguirà la linea del suo Pd, dal quale aspetta il via libera per il secondo mandato. La Lega, invece, ha lasciato libertà di voto (un consigliere potrebbe votare a favore), mentre FdI è contraria. «La Toscana diventerà la Svizzera d'Italia», urlano intanto i Pro vita, mentre i vescovi hanno scelto una linea meno pesante: «In un momento di crisi del sistema sanitario regionale si pensa alla redazione di "leggi simbolo"», hanno detto. Per loro bisognerebbe dare la precedenza all'impegno sulle cure palliative, e alla «valorizzazione di ogni sforzo di accompagnamento e di sostegno alla fragilità».

Il Nazareno osserva con attenzione quello che succede a Firenze. La legge che potrebbe essere approvata questa sera o al limite domani è definita procedurale. Cioè, detta tempi e modi dell'attuazione di un diritto già riconosciuto dalla Corte

Costituzionale. Il suicidio assistito dal 2019 è stato eseguito 4 volte in Italia, una ad Ancona, due a Trieste e una a Pisa. La Consulta ha sancito che il medico che lo pratica non è perseguibile penalmente se ci sono quattro condizioni: il malato è colpito da una patologia irreversibile, riceve trattamenti di sostegno vitale (anche farmacologici, ha poi chiarito la stessa Corte Costituzionale), accusa sofferenze fisiche o psicologiche insopportabili, è in grado esprimere il suo libero consenso. A causa della stasi del Parlamento è rimasto un vuoto nelle procedure e i tempi della risposta a chi fa istanza per accedere al suicidio assistito non sono certi. Proprio su questo si muove la Toscana. La maggioranza è partita dalla proposta di legge di iniziativa popolare dell'associazione Coscioni. «Abbiamo sottoposto la stessa norma a tutte le Regioni - dice l'avvocato Gianni Baldini, tra i firmatari del testo - La Toscana ha svolto un'istruttoria di otto mesi, in parte integrando la proposta originaria, anche con richiami al valore della dignità della vita». Nel testo che arriva



in aula, ci sono tre indicazioni principali. Intanto si detta il termine entro il quale la Asl deve rispondere all'istanza del malato: 30 giorni. E se si accerta l'esistenza dei requisiti, la prestazione medica che comporta il suicidio medicalmente assistito va assicurata entro sette giorni. Poi si dice che le Asl pagano il farmaco (costa circa 35 euro) e mettono a disposizione il personale sanitario (sempre che il paziente non abbia un medico di sua fiducia), assicurando comunque l'obiezione di coscienza. Infine indicano i profili professionali dei membri della commissione che con il comitato etico locale valuta l'istanza del cittadino.

«Vogliamo fare chiarezza su procedure, modi e tempi che oggi ognuno affronta a modo proprio. Da cattolico dico che in uno Stato laico come il nostro debba esserci lo spazio di una mediazione legislativa a tutela di ciascun individuo e di ciascun orientamento», dice Antonio Mazzeo, presidente Pd del consiglio regionale.

## I punti

# 1

### I tempi

Nella legge toscana si prevede che le Asl debbano rispondere all'istanza di chi richiede il consenso al suicidio medicalmente assistito entro 30 giorni

# 2

### I costi

Le Asl pagano il farmaco (costa 35 euro) e mettono a disposizione il personale sanitario per il suicidio medicalmente assistito. È ammessa l'obiezione

# 3

### La commissione

Nella norma si indicano le figure professionali che devono far parte della commissione che con il comitato di bioetica valuta le istanze dei malati



### ▲ La protesta

Un presidio davanti alla Camera a favore della legge sul fine vita





# Comunità psichiatriche dai casali alla piazza “Fondi fermi al 2009”

Martedì mattina  
di fronte alla sede della  
Regione la protesta  
di familiari e operatori  
“Lavoriamo in silenzio”

di Carlo Picozza

Le Comunità psichiatriche hanno deciso di farsi sentire, dando voce a quanti non la hanno: ai pazienti con disagi nell'anima e della mente accolti tra le mura dei loro casali. Con risorse al lumicino – complice il blocco delle tariffe dal 2009 – per la prima volta tutte insieme, la settantina di Comunità convenzionate con il Servizio sanitario del Lazio, lo faranno con una manifestazione sotto la sede della Regione, martedì 11 febbraio dalle 10.30 alle 13.

Le ragioni della protesta? «La Regione – spiega Paola Marchetti, presidente della Confepi Sanità, uno dei sindacati che hanno proclamato la mobilitazione – corrisponde alle Comunità psichiatriche 129 euro al giorno per ogni ospite, ma con queste tariffe – ferme da 16 anni – riusciamo, a malapena, a coprire i compensi ai professionisti sanitari che, con noi, assistono i giovani». E si tratta degli importi più alti, quelli riservati alle Comunità 'ad alta protezione'. «Per le altre, le 'socio-riabilitative', con gli stessi organici», spiega Silvia Baglioni, responsabile della Comunità Agorà Salus, «la tariffa giornaliera è di soli 81 euro». Quindi: «la Regione adegui le remunerazioni per le nostre prestazioni all'andamento del costo della vita e si adoperi per superare incongruenze e disparità». Accanto al riconoscimento finanziario delle prestazioni, le Comunità rivendicano quello etico-professionale: «Tra mille difficoltà – argomenta Marchetti – conti-

nuiamo a operare in silenzio, pur rappresentando, con il nostro lavoro, un pezzo insostituibile dello stato sociale del Lazio”.

E che lavoro. Alessio ha 18 anni e, nell'anima, “Il male oscuro”, come Giuseppe Berto, oltre sessant'anni fa, ha chiamato la depressione intitolando così il suo romanzo. E, con Alessio, sono più di 15 mila i ragazzi e i giovani che, dai 14 ai 30 anni, con disagi vari – dall'ansia profonda al bipolarismo – abitano i 2.097 casali di altrettante Comunità psichiatriche, per lo più non convenzionate. Sono i numeri ufficiali. Quelli reali dell'assistenza regionale ai disturbi della salute mentale sono ben più alti, da quando, nel 1980, con la cosiddetta legge Basaglia (la numero 180) furono chiusi i manicomi e negli ospedali non sono state più curate le patologie psichiatriche se non quando si manifestano in modo acuto. Certo, tra una Comunità e un'altra, esistono differenze notevoli nella qualità delle prestazioni. Alcune sono una sorta di cronicari, altre delle eccellenze in assistenza e cure. «La Regione e, qua e là, le stesse Asl – commenta Baglioni – ignorano quanto si consuma, nel bene e nel male, tra le mura delle nostre abitazioni».

In una lettera aperta al governatore, Francesco Rocca, e al ministro della Salute, Orazio Schillaci, i sindacati delle Comunità chiedono di far presto: «Il doveroso riconoscimento dell'ormai quasi cinquantennale im-

pegno terapeutico, riabilitativo e sociale svolto dalle Comunità terapeutiche e socio-riabilitative psichiatriche che, con la chiusura dei manicomi, hanno dato avvio alla realizzazione della riforma psichiatrica fortemente voluta da Basaglia, ormai segna il passo, complice la caduta di attenzione da parte della Sanità regionale e dell'opinione pubblica sulla malattia mentale che non ha mai cessato di produrre sofferenza alle persone colpite e alle loro famiglie».

Già, perché continuano a crescere, soprattutto tra i ragazzi, i disturbi della salute mentale. Ansia e depressione insidiano l'esistenza di una persona su cinque. E tra gli adolescenti, il disagio psichico si manifesta con stime superiori a quelle del resto dei Paesi d'Europa.

«Il disagio psichico», spiega Marchetti, «cresce in modo allarmante – il 6 per cento in più rispetto al 2022 – e sono un milione e 600 mila nel Lazio le persone colpite da questi disturbi». Di fronte a un fabbisogno che lievita, l'offerta di assistenza è risibile. Con liste di attesa assurde: per ogni Comunità di 20 posti, so-



no 55 le persone che aspettano. E hanno sfiorato quota 600 mila gli accessi in Pronto soccorso per disturbi psichiatrici.

Così, l'impatto psicologico, assistenziale e finanziario dei disagi dell'anima si abbatte sulle famiglie, in primis, e sulle Comunità, nel silenzio colpevole delle istituzioni. La mobilitazione di martedì prossimo potrebbe cominciare a dar voce anche alla denuncia di questa iniquità.

## I numeri Sul territorio

# 15mila

### Assistiti

Tante sono le persone dai 14 ai 30 anni nelle comunità psichiatriche per disagi di vario genere e gravità, come bullismo ansia, bipolarismo o tossicodipendenza

## La lettera al ministro Schillaci: "Il riconoscimento del cinquantennale impegno è doveroso"

### ◀ In piazza

Le Comunità psichiatriche hanno deciso di farsi sentire: per la prima volta una settantina di associazioni e organizzazioni manifesteranno sotto la sede della Regione. Appuntamento: martedì 11 febbraio dalle 10.30 alle 13



*Il Pd*

## **Pronto soccorso senza più indennità “Atto insensato”**

Si apre un altro fronte di scontro nel calderone della sanità regionale. Ieri Cgil e Uil hanno fatto sapere di essere pronte a scendere in piazza «sotto le finestre della giunta» e ad attivare azioni legali per evitare che la Regione Lazio sospenda l'erogazione delle indennità di pronto soccorso previste dall'attuale normativa. Un atto descritto come «in netto contrasto con le dichiarazioni pubbliche del presidente sulla necessità di aumentare i salari del personale del servizio sanitario pubblico, adeguandoli al costo della vita». Per i sindacati questo andrebbe in netto contrasto «con l'accordo sottoscritto il 16 dicembre scorso tra la Regione e tutte le organizzazioni sindacali rappresentative, alcune delle quali, oggi, sembra che abbiano firmato a loro insaputa per puro interesse di bottega». Sulla stessa posizione anche il Pd. «Le indennità – hanno fatto

sapere i consiglieri regionali Emanuela Droghei e Massimiliano Valeriani – spetta di diritto agli operatori sanitari. Bloccarle è un atto incomprensibile». La Regione Lazio, in serata, ha fatto sapere che «l'accordo sindacale per il rinnovo della indennità è previsto il 13. Ovviamente si terrà conto di tutto il periodo da coprire».



## Policlinico, vetro e acciaio per il nuovo edificio

L'appuntamento è fissato per il 12, mercoledì. Quel giorno si vedranno il presidente della Regione, Francesco Rocca, il sindaco di Roma, Roberto Gualtieri, e la rettrice dell'Università La Sapienza, Antonella Polimeni, per esaminare in via preliminare la nuova bozza di progetto per la riqualificazione del Policlinico Umberto I.

Una bozza, appunto. E un incontro preliminare che dovrà valutare la sostenibilità dell'intervento per il quale c'è già uno stanziamento di un miliardo di euro. Da quanto trapela, il progetto prevede una vera e propria rivoluzione urbanistica e funzionale.

a pag. 39

# Vetro, acciaio e 1200 letti Ecco il nuovo Policlinico

► Sul tavolo la bozza preliminare per rivoluzionare l'assetto dell'Umberto I: mercoledì fissata la riunione fra Regione, Comune e Università La Sapienza

### IL FOCUS

L'appuntamento è fissato per il 12, mercoledì. Quel giorno si vedranno il presidente della Regione, Francesco Rocca, il sindaco di Roma, Roberto Gualtieri, e la rettrice dell'Università La Sapienza, Antonella Polimeni, per esaminare in via preliminare la nuova bozza di progetto per la riqualificazione del Policlinico Umberto I.

### LA BOZZA

Una bozza, appunto. E un incontro preliminare che dovrà valutare la sostenibilità dell'intervento per il quale c'è già uno stanziamento di un miliardo di euro.

Da quanto trapela, il progetto pre-

vede una vera e propria rivoluzione urbanistica e funzionale: addio vecchi padiglioni, sono 56, che ospitano oggi poco più di un migliaio di posti letto in totale. E sotto con un nuovo modello di ospedale, blocco unico, vetro, acciaio e cemento, da 1.200 posti letto totali. La nuova struttura verrebbe realizzata lungo viale dell'Università, superando così le perplessità di Soprintendenza di Stato e Vigili del fuoco che avevano di fatto bocciato la prima versione del progetto che si sarebbe dovuta sviluppare lungo viale del Policlinico.

Il nuovo edificio, come detto in vetro e acciaio quindi dando l'addio alla monumentalità ottocentesca degli attuali padiglioni, parti-

rebbe da quella che è l'attuale Urologia per svilupparsi, lungo viale dell'Università, in direzione viale del Policlinico per un totale di circa 1.200 posti letto, quindi con un significativo aumento di circa il 15-20 per cento rispetto alla dotazione odierna. Ancora da capire quanto sarà effettivamente alta, sia come numero di piani fuori terra che interrati, e profonda rispetto all'attuale ospedale.

### COSA RIMARREBBE

Il tavolo dovrà poi occuparsi anche di verificare la destinazione di ciò che rimarrebbe dell'attuale nosocomio. Fra i corridoi istitu-



zionali, l'idea che circola è di destinare una quota consistente degli attuali padiglioni, dopo una adeguata ristrutturazione, a studenti o case per gli studenti in modo tale da risolvere anche il nodo del caro affitti per molti fuori sede. L'altra parte, invece, verrebbe destinata a laboratori, biblioteche e spazi a disposizione dell'Ateneo, segnatamente delle sue cattedre di medicina.

Di fatto, se questa "rivoluzione Umberto I" andasse in porto - ci vorrà ancora più di un passaggio, non meno di un anno e mezzo, prima di capire se il progetto supererà il vaglio della Soprintendenza e per terminare l'iter di approvazione - per la Giunta Rocca il 2025 potrebbe passare agli annuali come l'anno degli ospedali.

**NEGLI EDIFICI  
STORICI POTREBBERO  
TROVARE POSTO  
CASE PER GLI  
STUDENTI E LABORATORI  
PER LE FACOLTÀ**

**L'ANNO DEGLI OSPEDALI**

Già inaugurati a gennaio e in questo primo scorcio di febbraio la nuova ala dell'ospedale di Viterbo, il punto nascita dell'ospedale di Velletri, la prima assoluta risonanza magnetica pubblica a Colferro, l'anno appena iniziato vede nell'agenda di Rocca questo progetto sull'Umberto I ma anche gli interventi per il San Giacomo sul

quale c'è una posta da 145 milioni di euro di fondi regionali per riaprirlo. Il cronoprogramma prevede che entro l'autunno chiuda tutta la fase progettuale per avere la gara d'appalto assegnata entro fine anno. Entro l'anno, poi, c'è in calendario l'apertura del nuovo pronto soccorso dell'ospedale di Latina sul quale l'investimento è di 261 milioni di euro; la chiusura della progettazione del nuovo

Ospedale del Golfo, 178 milioni di euro più altri 32 milioni per i macchinari. E, nella zona del tiburtino, la chiusura dell'iter del nuovo ospedale di Tivoli, per il quale il tesoretto disponibile arriva a sfiorare i 380 milioni di euro. Da ultimo, ci sono 204 milioni (e altri 12 per i macchinari) per il nuovo ospedale di Rieti.

**Fernando M. Magliaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ADDIO ALLA VECCHIA  
STRUTTURA A  
PADIGLIONI  
AUMENTO DEL  
20 PER CENTO  
DEI POSTI**



L'ingresso monumentale del policlinico Umberto I Mercoledì 12 è stata fissata la prima riunione fra Regione, Comune e Università La Sapienza per esaminare la bozza preliminare del progetto di riqualificazione e ampliamento del nosocomio (foto TOIATI)



**Sanità in crisi** Il presidente dell'Ordine contesta l'ipotizzata riforma: «Privati di assistenza 1,5 milioni di cittadini

# Il Lazio senza medici di base

Magi: «Il prossimo anno si rischia una fuoriuscita di 1.200 professionisti su 3.500»

di **Clarida Salvatori**

**A** criticare apertamente e osteggiare fermamente la proposta di riforma della medicina generale c'è l'Omceo (Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri) di Roma. Una riforma che è invece appoggiata dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, e da alcune regioni, in special modo

Lazio, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia. Le ragioni dell'insuccesso del cambiamento paventato, rispetto all'attuale assetto, sono evidenti per Antonio Magi, presidente dell'Ordine della provincia di Roma: «Dove prima serviva un medico di medicina generale, così ne serviranno due. E

se già ci sono carenze oggi, figuriamoci un domani a queste condizioni».

continua a pagina 2

La sanità in crisi

## «Se cambiano le norme medico di base a rischio per 1,5 milioni di cittadini»

L'allarme del presidente dell'Ordine Magi: già ora il numero nel Lazio è insufficiente e il settore non attrae gli studenti

SEGUE DALLA PRIMA

**M**agi passa quindi in rassegna i punti salienti della riforma. Per primo, il passaggio dei medici di base da lavoratori autonomi a dipendenti del Servizio sanitario nazionale, venendo di fatto equiparati ai professionisti che prestano servizio negli ospedali. «E questo è il primo problema - spiega -. Da anni assistiamo a una fuga degli ospedalieri, soprattutto in determinate discipline, quelle con maggiori rischi e responsabilità. Non è più un settore attrattivo e lo dimostrano anche i concorsi indetti di recente per le assunzioni annunciate dalla Regione nell'ultimo anno. Molto spesso i candidati non arrivano a coprire i posti disponibili».

Un discorso che si estenderà inevitabilmente anche ai medici generici. «È già difficile trovarli. Gli studenti di medicina non sono interessati a questo settore. Quasi nessuno vuole fare il medico di base. Figuriamoci se gli si prospetta la possibilità di lavorare il doppio, nello studio e anche nelle case di comunità, ma di guadagnare la metà - prosegue il presidente dell'Ordine -. E invece, per realizzare quanto scritto nella riforma, ne serviranno il doppio degli attuali».

I conti sono presto fatti: «Oggi i medici di base lavorano 66 ore settimanali - e lascio fuori il discorso di essere sempre reperibili per i loro pazienti -, da dipendenti ne lavoreranno 38. Quindi

per coprire il lavoro che oggi fa uno solo, domani ne occorreranno due. E questo cosa comporterà? Un aggravio di spesa, per le casse regionali, di circa ulteriori 800 milioni di euro».

Ma la questione nodale al limite dell'insormontabile è dove reperirli e il rischio concreto che oltre un milione e mezzo di cittadini del Lazio



non avranno più il loro medico di fiducia. «In questo momento, nella nostra regione, ci sono 3.500 medici di medicina generale in servizio. E già partiamo con una carenza del 20 per cento - snocciola i dati Magi -. Tra pensioni (entro il 2026 cesserà l'attività il 40 per cento di loro per raggiunti limiti di età) e chi sceglierà di non diventare dipendente pubblico, il prossimo anno si rischia una fuoriuscita di 1.200». A conti fatti ne resterebbero 2.300, ognuno dei quali può prendere in carico

al massimo 1.500 pazienti. «C'è poco da discutere sull'evidenza dei numeri: in una regione di oltre cinque milioni abitanti, tre e mezzo sarebbero coperti. Ma il restante milione e mezzo non avrebbe un medico di famiglia. E ne conseguirebbe il crollo dell'intero sistema della sanità pubblica». Anche perché, si chiede Magi, «dove andranno tutti questi cittadini che non hanno a chi rivolgersi? Andranno inevitabilmente ad affollare i pronto soccorso».

**Clarida Salvatori**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I medici di base da dipendenti lavoreranno 38 ore contro le attuali 66. Quindi dovranno essere il doppio. E questo aumenterà la spesa, per la Regione, di circa 800 milioni



Antonio Magi, presidente dell'Ordine della provincia di Roma, è assolutamente contrario alla riforma della medicina generale



Dir. Resp.: Luciano Fontana

BARTOLETTI (FIMMG)

## «Sarà difficile trovare dottori alle condizioni previste»

«Gli inadempienti non siamo noi. Nel Lazio, è la Regione che non applica il contratto nazionale siglato lo scorso anno. Perché anziché far rispettare quello si pensa a una nuova norma?»: così Pier Luigi Bartoletti, vice segretario nazionale della Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale), spiega le ragioni del loro no alla ipotiz-

zata riforma della professione. «Da due anni non abbiamo dialogo con la Regione e con il presidente Rocca - aggiunge -. A quelle condizioni sarà difficile trovare medici. Se il sistema sanitario pubblico sta crollando è colpa di chi lo gestisce».

a pagina 3

### L'intervista

# «Noi esclusi dalla riforma, in due anni mai convocati»

Bartoletti (Fimmg): se il sistema pubblico crolla è colpa di chi lo gestisce

«Se qui c'è qualcuno che non fa rispettare le regole, non siamo di certo noi. Se c'è qualcuno che è inadempiente, allora quella è la Regione. Nel Lazio non viene infatti applicato il contratto nazionale. Perché si pensa a creare delle disposizioni *ex novo*, di cui noi diretti interessati siamo venuti a conoscenza tramite i giornali, anziché applicare quelle che già ci sono?». Pier Luigi Bartoletti, vice segretario nazionale della Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale), spiega le ragioni per cui la categoria è contraria alla bozza di riforma ipotizzata dal governo.

#### **Voi medici di base non sapevate di queste ipotesi?**

«Dal 1999 a oggi ci siamo sempre distinti per aver trovato un accordo con ogni amministrazione regionale. Chi ha dato disponibilità a lavorare nelle case di comunità? Noi. Chi ha gestito il Covid? Ancora noi. Chi va a fare le vaccinazione domiciliari?

Sempre noi. Eppure negli ultimi due anni non abbiamo avuto nessun dialogo con la Regione e con il presidente Rocca. Non è mai neanche stata convocata l'apposita commissione di Medicina generale. Mai».

#### **Vi siete sentiti esclusi in questa riforma che vi riguarda?**

«Sentiti? Noi siamo stati esclusi. Ma va bene così. Però non è che poi si fa come Napoleone che se si perde la battaglia si dà la colpa ai soldati. Eh no! Se si perde la colpa è del generale. E così anche per la sanità. Se il sistema pubblico, che dovrebbe essere tenuta fuori dal dibattito politico, sta crollando non è colpa nostra, ma di chi lo gestisce».

#### **Torniamo alla riforma.**

«Difficile parlare di qualcosa che non si conosce. A tempo debito, però, chi vorrà accettare di diventare dipendente pubblico lo diventerà e resterà. Chi no, se ne andrà.

Ma allora sarà difficile trovare altri medici di medicina generale. A noi questa sembra più una guerra personale che una lotta istituzionale. E non ci sentiamo rappresentati».

#### **La bozza di riforma parla anche dell'Enpam e della sua sostituzione con l'Inps.**

«Questo ha dell'incredibile. L'Enpam è la nostra cassa di previdenza, pagata da noi medici, per le future pensioni di noi medici. Sa quanto costa l'Enpam alle casse regionali e allo Stato?».

#### **No. Quanto?**

«Zero. Anche altri professionisti hanno la loro cassa di previdenza, proprio come i giornalisti fino a poco tempo fa avevano l'Inpgi. Quindi qual è il problema? Il governatore Rocca forse vuole diventare il presidente?».

**Cla. Sa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





SANITÀ

## OSPEDALI, POSTI LETTO: AL MERIDIONE A RISCHIO L'ASSISTENZA

di Luciano Buglione

VI

# POSTI LETTO SUD SENZA ASSISTENZA

Calabria, Campania e Sicilia tra le regioni peggiori. I dati del Centro Studi di Unimpresa: il Molise si colloca al quarto posto nazionale e registra il dato più alto nella riabilitazione nel Sud

di Luciano Buglione

**S**ud sempre peggio nella sanità pubblica. La conferma arriva dal Centro Studi di Unimpresa, che ha rielaborato i dati della Corte dei Conti e del Ministero della Salute sui posti letto disponibili negli ospedali del Paese. Viene fuori una disparità spaventosa tra il Nord e il Mezzogiorno sui ricoveri acuti, la lungodegenza e la riabilitazione, nei quali il Meridione fa particolarmente fatica a garantire adeguati standard di assistenza sanitaria rispetto alle altre macroaree. La Calabria registra il dato più basso con 315,9 posti letto complessivi ogni 100.000 abitanti, con una lungodegenza pari solo al 5% del totale, seguita dalla Campania con 337,8 e valori modesti nel segmento riabilitativo assieme alla Sicilia, e dalla Basilicata con 356,6. Il Piemonte guida la classifica con 493,3 posti letto, seguito dalla Valle d'Aosta con 456,1 e dalla Lombardia con 449,6, tutte ampiamente sopra la media nazionale di 390. Il Friuli-Venezia Giulia

e la Sardegna eccellono nella percentuale di posti letto per acuti, entrambe al 93%, segno di un'organizzazione centrata sulla gestione tempestiva delle emergenze. La stessa isola batte però la fiacca sul versante riabilitativo, dove occupa l'ultima posizione in graduatoria, evidenziando difficoltà di supporto ai pazienti nella fase di recupero funzionale. L'Emilia-Romagna e Trento si distinguono invece per il primato nella lungodegenza, rispettivamente con 40 e 36 posti letto ogni 100.000 abitanti, a fronte di una

media globale di 13,5, in pratica una offerta tre volte superiore alle altre realtà, mentre, dopo la solita provincia autonoma di Trento con 72,5, la Lombardia con 65,6 e la Valle d'Aosta con 62,9, troviamo il Molise che si colloca al quarto posto nazionale e registra il dato più alto nella riabilitazione nel Sud, con 60,8 posti contro una media di 44,4. Una buona performance per un territorio piccolo ma, in questo caso, in grado di dare importanti risposte di salute alla domanda dei cittadini e dei pazienti meno facoltosi e non nelle condizioni di poter ricorrere al privato.

«Questa disomogeneità - commenta il consigliere nazionale di Unimpresa Marco Massarenti - solleva interrogativi sulle capacità del sistema sanitario nazionale di garantire equità e uniformità nei livelli di assistenza, lasciando aperta la necessità di interventi mirati per colmare il divario territoriale e per migliorare, quindi, l'equità di accesso su tutto il territorio nazionale. I numeri evidenziano una disparità strutturale che riflette non solo la capacità organizzativa delle singole regioni, ma anche le differenze di investimento e pianificazione sanitaria, lasciando aperti interrogativi sulla necessità di politiche di riequilibrio per garantire livelli di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale. E poi - conclude Massarenti - c'è l'impatto sociale: dove le risposte pubbliche mancano, il carico passa alle famiglie, alle comunità, alle tasche di chi deve arrangiarsi. Il principio di universalità del Servizio Sanitario Nazionale sbiadisce, lasciando spazio a un'iniquità che non è più solo economica, ma esistenziale. L'efficienza genera attrattività: professio-

nisti, risorse, innovazione si muovono dove c'è organizzazione, creando un ciclo virtuoso che rafforza chi è già forte. Ma il gap si allarga, e il prezzo, come sempre, lo paga chi è più debole. Purtroppo la sanità pubblica italiana resta lo specchio di un Paese diviso». Vediamo la situazione per i singoli comparti (acuti, lungodegenza e riabilitazione) nelle 8 regioni continentali ed insulari del Mezzogiorno con il numero dei posti letto rapportati a 100 mila abitanti. **Abruzzo:** raggiunge in totale quota 362,4, con -21,01 di differenza rispetto alla media nazionale, di cui 311,1 letti per gli acuti, 11,5 per la lungodegenza e 29,4 per la riabilitazione. **Molise:** è l'unica regione meridionale a superare quota 400 (esattamente 409,5) con un saldo positivo a +15,52, e rispettivamente 347,6, 10 e 60,8. **Campania:** segna un -36,86 sulla media in tutta Italia, con 337,8 distribuiti in 295,2, 13,2 e 29,4. **Puglia:** è sotto soltanto di 4,65, con un totale di 372,4 diviso tra 327,4, 9,5 e 35,5. **Basilicata:** ha 356,6 posti, -40,42, ripartiti in 291,7, 31,9 e 33. **Calabria:** come già riportato, purtroppo presenta il gap peggiore, con 315,9 di disponibilità e -74,71, che la colloca in ultima posizione non solo nei territori meridionali ma in tutta la penisola, con rispettivamente 257,4, 7,2 e 39. **Sicilia:** è a -28,48 con 349,8 distribuiti in 303,6, 7,2 e 39. **Sardegna:** ha un saldo positivo di 9,03 letti con un totale di 368, di cui 341,1 per gli acuti, 11,1 per la lungodegenza, infine 15,8 per la riabilitazione. Il fatto che il primato complessivo con la somma dei vari comparti vede sul podio tre regioni settentrionali fa riflettere. In questo campo, decisivo per tutti, non c'è nessuna novità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Servizio In Pronto soccorso

## **In Calabria debutta l'infermiere-cuscinetto che parla con i familiari dei pazienti**

Appena attivato negli ospedali di Reggio Calabria, Catanzaro e Cosenza è una sorta di figura "cuscinetto", dedicata alla relazione tra ospedale, paziente e familiari

*di Donata Marrazzo*

7 febbraio 2025

È comunque un segnale di vita il Caring Nurse appena attivato negli ospedali hub di Reggio Calabria, Catanzaro e Cosenza, una sorta di figura "cuscinetto", dedicata alla comunicazione e alla relazione tra ospedale, paziente e familiari del malato nel momento dell'arrivo al Pronto Soccorso. Un servizio attraverso il quale i parenti possono ricevere direttamente tutte le informazioni circa lo stato di salute dell'assistito e il numero di telefono a cui possono chiamare una volta fuori dall'azienda ospedaliera. Tira un sospiro di sollievo il presidente della Regione Calabria Roberto Occhiuto, anche in veste di commissario al piano di rientro della sanità. E augurando «buon lavoro agli infermieri impegnati in un nuovo progetto della Regione Calabria», annuncia che «nelle prossime settimane il servizio sarà esteso ai pronto soccorso di tutti gli ospedali».

### **Caring Nurse nei pronto soccorso degli hub calabresi**

In una Sanità che annaspa, come quella calabrese, un operatore dell'area dell' Emergenza-Urgenza, capace di fornire corrette informazioni, ma anche di evitare tensioni, disagi emotivi e qualunque forma di aggressione al personale sanitario, risulta certamente rassicurante. E organizzativamente più efficace. Nella regione, violenze e attacchi contro medici e personale ospedalieri sono fatti ricorrenti: l'ultimo, di qualche giorno fa, si è verificato nel reparto di pneumologia del Grande ospedale metropolitano dello Stretto. Ma, d'ora in poi a supportare l'utenza del pronto soccorso, snervata dalle lunghe attese e spesso dalla mancanza di notizie, ci sarà un infermiere di riferimento che seguirà il percorso di assistenza e cura, ricovero e dimissioni dei pazienti comunicando con chi aspetta in sala di attesa.

### **Le aggressioni nei reparti di Emergenza Urgenza**

Ed è proprio quella del pronto soccorso l'area più esposta a rischio di aggressioni: anche tre volte di più rispetto a chi opera in area medica. Tanto che la Società italiana di Medicina di Emergenza Urgenza (e quella di Urgenza Pediatrica) sottolinea che il 100% di medici e infermieri che operano in Pronto Soccorso o al 118 ha subito almeno un evento di violenza fisica o verbale, dichiarata o sommersa. In molti casi, seguono denunce e arresti.

### **Il ruolo dell' "infermiere di riferimento"**

«Le aggressioni sono manifestazioni di insoddisfazione e disagio degli utenti di fronte a servizi a volte inadeguati – sostiene Stefania Zampogna, presidente nazionale Simeup –, bisogna agire sul fronte politico istituzionale e su quello manageriale, per promuovere una programmazione

sanitaria e una organizzazione dei servizi più tutelante, strutturata in modo da rispondere ai bisogni reali degli utenti». Confortano i dati delle strutture dove il Caring Nurse è già stato sperimentato: al Niguarda, ad esempio, dove il servizio è stato introdotto meno di due anni fa, si sono abbassati significativamente i livelli di ansia in pazienti e malati e ridotte contestazioni, lamentele e segnalazioni agli uffici dell'ospedale.