

25 novembre 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

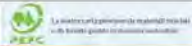


la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo



Lunedì 25 novembre 2024

Oggi con Affari & Finanza

€ 1,70

SVOLTA 5 STELLE

Conte cancella Grillo

La Costituente conferma l'ex premier leader del Movimento. Aboliti il garante e il limite dei due mandati. Il fondatore: "Da francescani a gesuiti". Si allea con la sinistra ma applausi agli appelli anti migranti

Manovra, vertice a casa Meloni: stop agli alleati. E slitta il taglio Irpef

di Francesco Bei

Cancellato alle 16.24 del pomeriggio. A las cinco de la tarde, scriveva García Lorca in memoria dell'amico torero Ignazio Sanchez Mejias, incornato nell'arena. E alle 16.24, nel palazzone dell'Eur, un anonimo notaio incravattato, collegato da remoto, incorna a morte l'Elevato: Beppe Grillo.

i servizi da pagina 2 a pagina 5

Mappe

L'autonomia e i dubbi del Nord

di Ilvo Diamanti

La recente sentenza della Corte costituzionale ha dichiarato parzialmente illegittima la riforma dell'autonomia differenziata. In questo modo ha ulteriormente complicato il percorso, già complicato, del progetto legislativo, avanzato dal ministro Roberto Calderoli. Tanto più nella prospettiva di un referendum abrogativo, già annunciato dalle opposizioni. Anche perché, nel frattempo, è calato sensibilmente il consenso dei cittadini. In tutte le aree del Paese. Compreso il Nord Est. Sono le indicazioni che emergono dal sondaggio condotto da Demos per Repubblica.

a pagina 13

Femminicidi

Giulia, parla la sorella "Sono morta con lei"



Sorelle Giulia e Chiara Tramontano

di Rosario Di Raimondo a pagina 17

Tennis

Festa azzurra la Coppa Davis ancora all'Italia

di Emanuela Audisio

Giù le mani e su la testa. Sorry, è nostra, ve l'abbiamo fatta vedere e ce la riprendiamo. Finalmente Sinner si toglie il cappello e Berrettini prima sorride e poi piange. La Coppa Davis resta in Italia per il secondo anno consecutivo. Italy is here to stay. È roba nostra, made e remade in Italy, un po' tanto nord, ma anche centro Italia in questo 2-0 sulla debuttante (in finale) Olanda. Le ragazze e i ragazzi dello sport si danno la mano, si aiutano, non puntano il dito, ma ridefiniscono le linee del mondo. Ci vorrebbe così poco per farlo anche in altri campi.

servizi di Chiusano e Perrelli nello sport



Malaga Gli azzurri in festa dopo la conquista della seconda Coppa Davis consecutiva

La libertà di scegliere

di Linda Laura Sabbadini

Ha molte forme, può essere fisica, sessuale, psicologica, economica. È trasversale ai territori, alle classi sociali, alle nazionalità e alle età. È la violenza con cui l'uomo esercita la volontà di possesso e di prevaricazione sulla donna. E non dipende solo dagli uomini che la praticano, ma anche dal contesto economico e sociale che la perpetua, motu proprio, da lungo tempo, durante il quale il dominio maschile si è articolato e stratificato e la discriminazione femminile non è stata sradicata. Il contesto socio-economico è rappresentato, innanzitutto, dal lavoro. La situazione di metà delle donne del nostro Paese che è senza lavoro (la peggiore in Europa) è grave. Perché significa che metà delle donne non è autonoma, non è indipendente economicamente.

continua a pagina 20 Giannioli e Postorino a pagina 16

Israele

Tregua in Libano, accordo vicino

Netanyahu riunisce i ministri per studiare l'accordo di pace in Libano, che prevede il ritiro dei miliziani di Hezbollah a nord del fiume Litani, il ritorno a casa dell'Idf e una forza internazionale di interposizione che faccia da garanzia e consenta la piena attuazione della risoluzione 1701 dell'Onu. La tv di Stato, dopo aver detto che l'accordo era chiuso, frena e spiega che ci sono ancora dettagli da definire.

di Di Feo e Tonacci alle pagine 6 e 7



La vittima Il rabbino Zvi Kogan

Il caso

Emirati, ucciso il rabbino rapito "Terrorismo antisemita"

di Rossella Tercatini a pagina 6

Advertisement for octopus energy featuring a globe and an octopus. Text: "L'energia non deve costarci il mondo", "octopus energy", "Energia pulita a prezzi accessibili", "octopusenergy.it".

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/68281
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06/688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02/65707510
mail: servizioclienti@corriere.it



Battuta la Roma
Il Napoli vince e torna primo in classifica
di **Scozzafava e Valdiserri**
a pagina 49



Sparwasser (ex Ddr)
«Eroe per un gol, fuggì oltre il Muro»
di **Walter Veltroni**
a pagina 29



Chi comanderà

BENVENUTI NEL REGNO DI TRUMP II

di **Massimo Gaggi**

Una settimana fa l'iperattivismo di Elon Musk che metteva bocca su tutte le nomine di Trump e si prendeva il merito della bocciatura di candidati non abbastanza Maga come Mike Pompeo aveva fatto sorgere una domanda: il miliardario di Tesla e SpaceX reclama un ruolo che vada ben oltre quello di riformatore che porta efficienza aziendale nel governo, offertogli dal presidente? E Trump può condividere palcoscenico e potere con una specie di copresidente?

Musk, il personaggio non eletto più potente di tutta la storia americana, rimarrà una figura rilevante nella nuova era Trump (chiedere al suo rivale Sundar Pichai, capo di Google, che se l'è trovato al telefono quando ha chiamato il presidente per complimentarsi). Lui e gli altri tycoon tecnocrazi della Silicon Valley, poi, già pensano a un dopo Trump nel quale conterranno di più, soprattutto se il successore sarà JD Vance, il loro uomo. Ma per ora il leader conservatore tiene tutti in pugno. E la scelta dei ministri — diversissimi per estrazione e livelli di competenza, spesso scarsa o assente, ma col tratto comune della fedeltà assoluta al capo — ci riporta alla realtà emersa più di un anno fa, quando trapelarono le prime indiscrezioni sul lavoro della Heritage Foundation e di altri «pensatoi» della destra (centrale l'America First Policy Institute) impegnati a preparare programmi e selezionare dirigenti per il Trump 2: stavolta lui vuole il controllo diretto di tutti i centri di potere dell'esecutivo.

continua a pagina 37

L'ex premier si prende il M5S: abolito il garante, via il tetto ai mandati, sì alle alleanze. L'ira del fondatore

Conte chiude l'epoca Grillo

Vertice sulla manovra dopo le tensioni. Meloni ai suoi vice: abbassate i toni

La Coppa Sinner-Berrettini, è bis dopo le ragazze



Trionfo in Davis: il tennis è azzurro

di **Adriano Panatta e Gaia Piccardi**

Tascinata da Jannik Sinner e Matteo Berrettini, l'Italia del tennis conquista la Coppa Davis per il secondo anno consecutivo. Superato senza difficoltà anche l'ultimo ostacolo: l'Olanda.

alle pagine 44 e 45

di **Emanuele Buzzi, Marco Cremonesi e Monica Guerzoni**

Conte si prende il M5S. Via il garante. Vertice di maggioranza. L'invito di Meloni ai vice: abbassate i toni.

alle pagine 2,3,12 e 13

IL RACCONTO / VITA E ASCESA DI «GIUSEPPI»

Da prof a nuovo Elevato

di **Marco Imarisio**

a pagina 13

L'INTERVISTA / ANTONIO TAJANI

«Ecco la linea per Kiev»

di **Paola Di Caro**

a pagina 5

GIORNATA INTERNAZIONALE

La violenza contro le donne non è un gioco di parole

di **Barbara Stefanelli**

«Qualcosa è cambiato», abbiamo scritto e ripetuto un anno fa, in questi stessi giorni di novembre, mentre le piazze italiane si riempivano di promesse e di rumore, di ragazze e ragazzi, di donne e uomini, generazioni che si riconoscevano nel nome di Giulia Cecchettin. La ventiduenne ammazzata da Filippo Turetta, il fidanzato lasciato, che non sopportava di essere stato riconsegnato alla sua vita «senz'a». Senza poter prevedere, controllare, chiudere, rinchiudere.

continua a pagina 37

La crisi Razzi su Tel Aviv, ma si avvicina la tregua in Libano

Ucciso il rabbino sparito Netanyahu: farò giustizia

di **Davide Frattini**

È stato ritrovato, negli Emirati, il corpo del rabbino Zvi Kogan. «Atto atroce di antisemitismo. Farò giustizia»: il commento del premier israeliano Benjamin Netanyahu. Intanto si avvicina la tregua in Libano.

a pagina 9 Olimpia

DATARO.COM

Tumori e cure: le liste d'attesa

di **Milena Gabanelli e Simona Ravizza**

Le liste d'attesa per i malati di tumore. Il tempo che passa tra diagnosi e intervento è cruciale. Chi paga guadagna venti giorni rispetto agli altri.

a pagina 25

GIANNELLI



IL DOLORE, LA SPERANZA

E io mi rifugio nel futuro

di **Eshkol Nevo**

a pagina 8

PAOLO CREPET
COSA PORTI CON TE
Racconto di una vita
in libreria e in edicola
CORRIERE DELLA SERA
SOLFERINO

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

Atte che leggi, scambiamoci l'anima: a questo serve leggere. Magari qualcosa ti è sfuggito, magari l'amore per la vita e, per quanto di seconda mano, o meglio di seconda anima, un po' di attenzione e un po' di tenerezza potresti trovarla anche tra queste righe, per resistere a chi ti vuole impotente e ridere di chi ti vuole disperato. Ma come si fa a resistere e a ridere se il lunedì è poi la somma asfissiante di abitudine e necessità? Il regno triste del niente di nuovo? Credi al miracolo, anche nel lunedì più usato, anzi fallo. Assomiglia a una moglie che di notte, mentre mi rigiro nel letto per un malesere, sussurra: «Se ti serve qualcosa io sono qui». Il miracolo della normalità: un bicchier d'acqua in cui non ti perdi.

Anche di lunedì



ma ti ritrovi. Il miracolo della luce nella notte, che rischiara il prossimo passo: è inutile provare a illuminare il buio di un'intera valle di lacrime. E a me piace pensare che quelle lacrime siano anche di gioia: lì è il miracolo. La lacrima di gioia cade perché temiamo che una cosa bella finisca e ci portiamo avanti con gli addii, mostrando il nostro bisogno di consolazione, la nostra nostalgia del presente.

Quella lacrima salva l'istante perché non diventi distante, come la goccia d'acqua preserva la vita del reperto sul vetrino da microscopio. Vorrei che guardassi nell'oculare perché, anche se raccontato, un miracolo riaccade. Questo oggi ho da dirti...

continua a pagina 33

DACIA MARAINI
DIARIO DEGLI ANNI DIFFICILI
in libreria e in edicola
CORRIERE DELLA SERA
SOLFERINO

L'AMBIENTE

Cop 29, più fondi per il clima ma i negazionisti non mollano

NICOLAS LOZITO - PAGINA 22



RINCARI RECORD

Settimana bianca a peso d'oro l'alternativa è lo sci sostenibile

ENRICO CAMANNI, MAX CASSANI - PAGINE 16 E 19

IL CALCIO

Il Toro non batte neanche il Monza La rivolta dei tifosi: "Basta Cairo"

BARILLA, MANASSERO, ODDENINO - PAGINE 20 E 29



SOLO NEI MIGLIORI BAR

LA STAMPA

LUNEDÌ 25 NOVEMBRE 2024

CAFFÈ COITADORO

QUOTIDIANO FONDATAO NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.326 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.INL.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

GLI ISCRITTI VOTANO IL NUOVO STATUTO DEL MOVIMENTO. ADDIO ALLA FIGURA DEL GARANTE E AL LIMITE DEL DOPPIO MANDATO

I 5 Stelle a Conte, licenziato Grillo

L'ex premier: sulle alleanze ci sporeheremo le mani. L'ira del fondatore: da francescani a gesuiti

IL COMMENTO

La lunga traversata dei populist italiani

FLAVIA PERINA

Si scioglie l'enigma degli ultimi populist italiani, anzi: finisce proprio il modello di riferimento del populismo italiano perché da oggi il Movimento Cinque Stelle diventa un partito "regolare", non più il sogno messianico di un comico visionario e di un informatico ammalato dalla democrazia della rete. La forma è sostanza. E la forma carismatico-religiosa è stata abbattuta dal voto dei fedeli insieme all'equidistanza tra destra e sinistra che fu motore del grillismo delle origini. Il voto sui questi statutori è un plebiscito per la linea di Giuseppe Conte (tutti cassati i poteri del Garante, dell'Elevato, del Fondatore). La regola dei due mandati è seppellita dal 72 per cento di sì alla modifica. Le scelte sul posizionamento parlamentare incoraggiano l'appasement con Pd: la maggioranza si riconosce nella definizione di "progressisti indipendenti", cancella il divieto di alleanze, apre a intese fondate su un "accordo programmatico preciso".

Benvenuti nel mondo nuovo. Bisognerà regularsi. Smettere, ad esempio, di chiamarli grillini: stellini è improponibile (pure il simbolo potrebbe cambiare, il 78,6 per cento non lo esclude), contiani sembra più corretto. È un mondo che non rinuncia a certe suggestioni di trasversalità, come prova l'invito (unica ospite straniera) a Sara Wagenknecht. - PAGINA 3

La strategia di Salvini mantenere il posto

Alessandro De Angelis

NICCOLÒ CARRATELLI

Beppe Grillo "espulso" dal Movimento 5 stelle. Il parricidio si compie alle 16.22 del 24 novembre 2024. Nel momento in cui il notaio, che ha seguito le operazioni di scrutinio, legge il risultato della votazione sulla proposta di «eliminazione del ruolo del garante»: il 63% degli iscritti ha detto sì. - PAGINE 2-4

Dal Vaffà alla paghetta la parabola dell'Elevato

Massimiliano Panarari

LA MANOVRA

Giorgetti stoppa Tajani taglio dell'Irpef rinviato

BARBERA, OLIVO

Tajani (Forza Italia) spinge per ridurre l'Irpef sul ceto medio, e per farlo giù con la legge di Bilancio, entro il 31 dicembre. Ma il ministro del Tesoro Giorgetti avverte: ora è impossibile, ma a gennaio si potrebbero forse trovare le risorse per un taglio una tantum nel 2025, da confermare nel 2026. - PAGINA 6

IL SONDAGGIO

L'Italia spaccata in due sui giudici e i migranti

ALESSANDRA GHISLERI

I conflitti tra magistratura e politica in Italia derivano da una tensione che si può definire storica tra i poteri dello Stato: da una parte la magistratura deve essere indipendente, dall'altra la politica ha un ruolo nelle nomine e nelle riforme. Questione che ha generato incertezza tra i cittadini e tra le istituzioni stesse. - PAGINA 7

IL MEDIO ORIENTE

Ucciso il rabbino che voleva unire ebrei e arabi "L'Iran pagherà"

DELGATTO, MAGRI



È stato trovato morto negli Emirati Arabi Uniti il rabbino Zvi Kogan, membro del movimento ortodosso ebraico Chabad. Il Mossad annuncia un'indagine: sin dall'inizio si è sospettato che dietro ci fosse l'Iran che avrebbe utilizzato una cellula uzbek per rapirlo e ucciderlo. - PAGINE 8-11

L'ANALISI

La politica impotente di fronte alle guerre

MASSIMO CACCIARI

Il recente voto in Emilia-Romagna e Umbria significa più di un campanellino d'allarme per la caravella del governo Meloni. Secondo un'ortica meno minimalista esso andrebbe letto anzitutto dal precario cantiere del "campo largo" delle opposizioni. Che in regioni di tale consolidata partecipazione alla vita pubblica e di impegno politico si precipiti a un astensionismo superiore al 50%, con un crollo intorno al 20% rispetto alla precedente tornata, dovrebbe indurre tutti a qualche riflessione di lungo periodo. Non può trattarsi soltanto di generica sfiducia nei confronti dell'"offerta" politica. - PAGINA 12

Quell'asse del male uzbeki-ayatollah

Alessia Melcangi

JOLIE AL TFF PRESENTA IL FILM TRATTO DA UN LIBRO DI BARICCO: È LO SCRITTORE MIGLIORE DEL MONDO

Il Maestro e Angelina

FUUVIA CAPBARA, FRANCESCO RIGATELLI

Una magia che nasce due volte

ALBERTO INFELISE

L'INEDITO

Camillieri, lettere di famiglia "Vi scriverò per sempre"



ANDREA CAMILLERI

Carissima mamma, ho ricevuto le tue due lettere, io non ti ho scritto prima perché ho avuto e continuo ad avere molto da fare. - PAGINE 24 E 25

COPPA DAVIS, LO STORICO BIS

Berrettini-Sinner da favola, il tennis siamo noi

STEFANO SEMERARO

E all'improvviso ti ritrovi dentro la festa mobile di un'Italia in miniatura, nomade e dilagante, che si specchia nelle accelerazioni intrattabili di Sinner la Volpe e delle lacrime di gioia di Berrettini il Risorto, nelle parole del capitano Volandri, nella gioia popolare di una nazione maltrattata da un quotidiano faticoso che scopre di essere la migliore in qualcosa. - SANTOPADRE - PAGINE 20 E 21



LE IDEE

Da Paolini a Jannik se il successo è unisex

GIULIA ZONCA

Tutti su un unico piano, il più alto possibile, nello stesso momento e in un modo molto simile pur in un gruppo misto, con personalità diversissime. - PAGINA 20



In concomitanza con il prestigioso CAMPIONATO ITALIANO DI SCACCHI che si svolge a Torino dal 26 novembre al 7 dicembre

sono esposte all'ARCHIVIO DI STATO

alcune opere estratte dalla Mostra "Il Colore - uno sguardo sull'anima" dell'artista Gianfranco Rao.



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 325
Sped. in A.P. 03/03/2003 con L.46/2004 art.1 c.1 DC 33/M

NAZIONALE



Lunedì 25 Novembre 2024 • S. Caterina d'Alessandria

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

Domani l'uscita Giovane Camilleri in un epistolario le avventure romane

De Palo a pag. 21



Napoli, vittoria (1-0) e primato La Roma di Ranieri riparte da zero e Lukaku la punisce

Aloisi, Angeloni e Carina nello Sport



Bologna travolto: 3-0 Gigot-Zaccagni-Dele la Lazio non vuole smettere di volare

Abbate, Dalla Palma e Marcangeli nello Sport

L'editoriale LA SVOLTA CINQUESTELLE PROGRESSISTI PER NECESSITÀ

Alessandro Campi

Se populismo è parola ambigua e sfuggente, progressismo è a sua volta parola generica e tendenzialmente vuota. La prima sottende una visione irrealistica sia del popolo come soggetto unitario sia della sovranità democratica come sinonimo di un ordine politico retto da equità e giustizia. La seconda esprime una fiducia ingenua nel futuro e una concezione semplicistica della storia e della società. In verità, come il popolo può avere torto quando decide sul proprio destino e su quello altrui, così il domani (...)

Continua a pag. 25

M5S, vince Conte: addio Grillo, sì al terzo mandato

► Passa lo statuto
Il fondatore è fuori
«Sono gesuiti»

ROMA Giuseppe Conte rivoluziona il M5S. Via il garante e l'obbligo dei due mandati. Ma soprattutto si allea con la sinistra: «Sporchiamoci le mani». L'ira di Beppe Grillo: «Da francescani a gesuiti».

Ajello e Pucci a pag. 4 e 5

Ucciso rabbino, Netanyahu: «Vendetta»

La tv israeliana: «Raggiunto l'accordo per la tregua immediata in Libano»

ROMA Libano, accordo sulla tregua: i media israeliani confermano l'intesa per un cessate il fuoco temporaneo, con i soldati di Tel Aviv



pronti a indietreggiare e i miliziani di Hezbollah oltre il fiume Litani.
Evangelisti Miglionico e Vita a pag. 8 e 9

Oggi la Giornata contro la violenza

Segnali ignorati, denunce senza ascolto il grido delle donne per il 25 novembre

ROMA È la Giornata contro la violenza sulle donne. Episodi tollerati e confidenze sottovalutate: i tanti casi in cui gli omicidisti potevano evi-



tare. Il procuratore di Tivoli Menditto: «Parenti e amici devono riconoscerne i pericoli».
Arnaldi, Cuboni e Errante a pag. 12 e 13

L'analisi AGENZIE DI RATING LA RIFORMA È URGENTE

Angelo De Mattia

Non ci si deve inorgogire eccessivamente per il costante successo nel collocamento dei Btp decennali e dunque per il meno oneroso finanziamento del debito con questo strumento, ma non si può non sottolineare la primazia, tenendo conto dei diversi parametri, nei confronti dei titoli pubblici dei principali Paesi europei, a cominciare dai Bund tedeschi rispetto ai quali gli spread sono pari, alla fine della scorsa settimana, a 125 punti base, mentre agli inizi dell'anno erano di 170 circa. Si aggiunge la conferma del rating rilasciato da Moody's che, (...)

Continua a pag. 25

Il governo apre alle imprese

► Vertice sulla Manovra: sul tavolo l'Ires premiale, in salita il taglio Irpef. Fondi per le Forze dell'ordine
► L'intervista Zangrillo: «La Pa assumerà i giovani talenti direttamente negli istituti tecnici»

ROMA Manovra: più fondi alle Forze dell'ordine, in salita il taglio dell'Irpef. Verso un canone Rai ridotto.

Andreoli, Bassi e Bechis a pag. 2, 3 e 7

Tennis, dopo le ragazze alla Billie Jean King Cup, trionfo di Sinner e Berrettini: la Coppa Davis è ancora azzurra



2024, Italia padrona

Il commento UN DOMINIO COSÌ ERA IMPOSSIBILE DA SOGNARE

Piero Mei

Lo zodiaco cinese va aggiornato: questo 2024 non è l'anno del drago. Sì, il drago c'è, ed è un ragazzo dal chuffo color carota che si chiama Jannik, come adesso chissà un bel po' di neonati perché il campione ispirò all'anagrafe. Sì, l'anno è il suo, ma è, ancora di più, l'anno del tennisazzurro italiano.

Continua a pag. 25

Gli azzurri celebrano la vittoria della Coppa Davis a Malaga.

FOTO AFP

Martucci e Mustica nello Sport

Generazione No Kids I ragazzi italiani non vogliono figli «Meglio la libertà»

ROMA Egoisti, individualisti, carrieristi. È così che i ragazzi e le ragazze della Generazione Z, i giovani nati dal 1997 al 2012, ora si beccano una nuova etichetta: "Generazione No Kids". Di figli non vogliono neanche sentir parlare e alla fatidica domanda «Vuoi avere bambini?» rispondono con decisione: «No, devo pensare alla carriera. Ed è meglio essere liberi». È il titolo della ricerca Generationship 2024 a cura di Klerem Connecting People and Companies per il Gruppo Unipol, condotta tra giovani tra i 15 e i 35 anni.

Guerra a pag. 16

SPADA
BLACK FRIDAY
fino al
-50%
spadaroma.com

Il Segno di LUCA

BILANCIA, GIUSTE INTUZIONI

La Luna entra oggi nel tuo segno e ti consente di iniziare al meglio la settimana, facendo tesoro di quello che la tua intuizione ti suggerisce e rispettando attentamente quello che senti. Nel lavoro evita di forzarti e soprattutto di sacrificarti in nome di una qualche credenza relativa a una giustizia che esiste unicamente nella tua testa. In questo modo potrai aggirare le insidie più pericolose e raggiungere i risultati cui aspiri. **MANTRA DEL GIORNO** Che la vita sia giusta è una credenza.

L'oroscopo a pag. 25

* Tardem con altri quotidiani (non disponibili separatamente) con il servizio di Messia, Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Pella e 1,20 la domenica; l'interimato € 1,40; il Messaggero - Corriere dello Sport Shadio € 1,40; il Messaggero - Primo Piano Nostro € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuova Quotidiana di Pupa - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; "Roma strepata" - € 0,90 (solo Roma); "L'ora dei gladiatori" - Vol. 2 - € 0,90 (solo Roma)

DATAROOM Tumori e cure:
le liste d'attesadi **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

Le liste d'attesa per i malati di tumore. Il tempo che passa tra diagnosi e intervento è cruciale. Chi paga guadagna venti giorni rispetto agli altri.

a pagina 25

Tumori, chi specula sulle liste di attesa

IL TEMPO CHE PASSA TRA DIAGNOSI E INTERVENTO È CRUCIALE
LA DIFFERENZA TRA CHI PAGA E CHI VA CON IL SSN È DI 20 GIORNI
ESAMI E VISITE: A CHI CONVIENE SPINGERE I MALATI A SBORSARE

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

Proviamo a metterci nei panni di una persona a cui è stato diagnosticato un problema oncologico: il primo desiderio è quello di liberarsi dell'ospite malevolo entrando il più in fretta possibile in sala operatoria. Sappiamo bene che per migliorare gli esiti clinici è decisivo il tempo che passa fra la diagnosi e l'intervento chirurgico, e quindi l'accesso alle visite e agli esami preoperatori deve essere tempestivo. Per il paziente ogni giorno in più pesa come un macigno dal punto di vista psicologico. E allora qual è la differenza tra chi può pagare e chi no?

Tutto a pagamento

In Italia, ogni anno, oltre 55 mila donne si operano di tumore al seno nelle strutture pubbliche e in quelle private accreditate; nella sola Milano fra il 2022 e 2023 sono state 11.368. Di queste, in 1.788 (il 15 per cento) hanno potuto permettersi di pagare sia gli accertamenti medici sia l'intervento chirurgico. La spesa sostenuta di tasca propria s'aggira almeno sui 16.790 euro. Il costo è ricostruito sulle tariffe di uno dei più impor-

tanti istituti oncologici milanesi riconosciuto anche a livello nazionale: ecografia 130 euro, mammografia 150, biopsia 460, visita oncologica 250, visita anestesista 250, visita chirurgica 250. Poi ci sono altri esami per valutare un'eventuale diffusione del tumore, come la Pet, che ha un costo di 1.300 euro, e infine vanno aggiunti i 14 mila euro per l'intervento chirurgico, che facilmente possono raddoppiare a seconda del chirurgo.

In sala operatoria con il Ssn

Però solo una minoranza benestante può seguire questa strada che assicura l'ingresso in sala operatoria in meno di un mese. Ci concentriamo dunque sull'85 per cento che si è sottoposto all'in-



tervento chirurgico con il Sistema sanitario nazionale. L'Agenzia per la tutela della salute (Ats) di Milano ha svolto uno studio unico a livello nazionale sulle 4.863 pazienti che risiedono nel proprio territorio. Pubblichiamo in anteprima i risultati. Il 3 per cento arriva all'intervento chirurgico con il Sistema sanitario nazionale dopo avere fatto tutte le visite e gli esami a pagamento: ingresso in sala operatoria dopo 32 giorni. Il 25 per cento al contrario ha eseguito la fila di accertamenti passando dalle liste d'attesa del Servizio sanitario nazionale senza tirare fuori un euro (la malattia oncologica prevede l'esenzione): ingresso in sala operatoria dopo 52 giorni. Una differenza di 20 giorni. Del restante 72 per cento, le pazienti che hanno fatto più della metà degli accertamenti a pagamento sono state operate dopo 49 giorni; chi meno della metà, dopo 54 giorni. Questi dati confermano l'evidente vantaggio in termini di risparmio di tempo per chi si sottopone a tutte le visite e a tutti gli esami a pagamento, mentre dimostrano che fare un po' dentro e un po' fuori dal Servizio sanitario non accelera i tempi. Eppure è il comportamento più comune. Se infatti più in generale andiamo a vedere cosa succede ai 41.408 pazienti di Milano che, sempre nel 2022 e nel 2023, si sono sottoposti a un intervento chirurgico con il Sistema sanitario nazionale per tumore, scopriamo che una prestazione su tre è erogata a pagamento (il 32 per cento). Di fronte a un referto che stravolge la vita, è evidente che cerchiamo di risparmiare tempo, anche se poi di fatto non succede, a meno di sborsare tutto di tasca propria. Allora la domanda è: chi guadagna sulle liste di attesa persino dei malati di cancro?

Dove stanno i guadagni

Gli ospedali pubblici sono intasati ma, come previsto dalle regole d'ingaggio, i privati accreditati devono aiutarli ad accorciare le liste d'attesa, soprattutto quando si prendono in carico un paziente oncologico. Facciamo due conti: quanto rimborsa il Servizio sanitario nazionale a queste strutture per tutti gli ac-

certamenti che precedono l'intervento? La tariffa di rimborso per l'ecografia è di 40 euro, per la mammografia 45, per la biopsia 38,50, per la visita oncologica, dell'anestesista e chirurgica 22,50 euro ciascuna, per la Pet 1.082. Totale: 1.273 euro. Se tutti questi esami vengono effettuati a pagamento la struttura incassa 2.790 euro. Più del doppio. Succede allora che la visita chirurgica specialistica viene fatta a pagamento nel 30,5 per cento dei casi per i pazienti che vengono poi operati con il Sistema sanitario nazionale negli ospedali pubblici: chi guadagna dall'attività a pagamento è lo specialista che fa la libera professione (a cui va l'80 per cento del valore della prestazione, mentre alla struttura pubblica il restante 20 per cento). Invece la stessa visita chirurgica specialistica per chi poi si opera sempre con il Servizio sanitario nazionale, ma nel privato accreditato, viene eseguita a pagamento nel 53 per cento dei casi: a guadagnarci in questo caso è la struttura privata accreditata che poi può riconoscere una percentuale al medico. Per la visita gastroenterologica le cose peggiorano: 58,6 per cento nel pubblico contro il 68,7 per cento nel privato. Per la visite ginecologiche si passa dal 41 al 66,6 per cento. Per gli esami di radiologia: 21 per cento contro 32 per cento. Tutto questo porta l'Ats di Milano a concludere: «I pazienti trattati in strutture private accreditate sono più propensi o vengono indotti a ricorrere a prestazioni a pagamento per accelerare il percorso diagnostico e terapeutico».

La testimonianza

Speculare sulla fragilità di un paziente oncologico è deprecabile, ma tant'è. La pubblicazione del racconto che segue (verificato in tutti i passaggi) è stata autorizzata dalla diretta interessata: «Nel mese di maggio 2024 casualmente mi sono accorta della presenza di un nodulo al seno e, pur avendo effettuato i controlli di routine solo pochi mesi prima, decido di ripetere l'ecografia per chiarire in fretta la situazione. Le immagini non lasciano dubbi: quel nodulo non è sicuramente benigno. Presa dall'ansia vado dritta su una struttura privata ac-

creditata di Milano dove, pagando circa 500 euro, riesco a fare nel giro di pochi giorni l'agoaspirato (cioè il prelievo di una piccolissima parte di tessuto del nodulo per mezzo di un ago guidato da una sonda ecografica, e su cui sarà eseguito l'esame istologico). Purtroppo, l'esito conferma quanto mi era stato anticipato. La struttura prende in carico il mio caso, mettendomi in lista d'attesa per una Pet. Io confidavo, essendo purtroppo ormai una malata oncologica, di avere una corsia preferenziale. Invece, dopo ben due mesi di attesa, nessuno si era ancora fatto vivo. Provo a contattarli per avere notizie, ma mi viene riferito che non ci sarebbe stata possibilità di trovare una data nel breve periodo. Stanca e sfiduciata, chiedo di eseguire la Pet a pagamento e scopro che, alla "modica cifra" di 1.300 euro, avrei potuto eseguirla dopo due giorni». Ogni ulteriore commento è inutile.



Il libro

● «Codice rosso. Come la sanità pubblica è diventata un affare privato» è il libro-inchiesta di Milena Gabanelli e Simona Ravizza (Fuoriscaena, pp. 256, € 18)

● Il saggio documenta con dati, fatti e rapporti ufficiali le vere ragioni del malfunzionamento del Servizio sanitario italiano

● Lo scopo è rendere i cittadini



consapevoli, in modo che non si possa più raccontar loro menzogne

● È importante pretendere dalla politica la competenza necessaria a riparare gli immensi errori commessi finora

● In «Codice rosso» è trattato anche il tema delle speculazioni che avvengono sui malati di tumore

● Il libro uscito il 29 ottobre è già andato in ristampa e nella prima settimana si è subito classificato tra i 5 più venduti in Italia

Le terapie

Dopo l'intervento si devono affrontare le terapie. Per il cancro al seno, il costo a pagamento di un trattamento di chemioterapia è di dodici sedute a 2.900 euro ciascuna, per un totale di 34.800 euro. Un ciclo di terapia per il tumore al pancreas costa 3.500 euro, e ne vanno fatti dodici, per un totale di 42 mila euro. Per il tumore al polmone una singola seduta di chemioterapia costa 12 mila euro, e ne va fatta una al mese per alme-

no due anni, arrivando dunque alla spesa di 288 mila euro. Questi costi possono essere sostenuti a pagamento, di fatto, da uno o virgola della popolazione. E anche l'assicurazione sanitaria (per chi ce l'ha), raramente copre le cure oncologiche, e quando è previsto resta a carico del paziente uno scoperto del 20 per cento, oppure tetti di spesa fino a 5 o 10 mila euro. Alla fine dunque a farsi interamente carico di tutti i costi è il Sistema sanitario nazionale. Teniamocelo caro.

Dataroom@corriere.it

TARIFE DI RIMBORSO (SSN)

	Ecografia	40,06 €
	Mammografia	44,87 €
	Biopsia	38,53 €
	Visita chirurgica/ oncologica/ anestesista	22,5 €
	Pet	1.082 €
	Intervento	4.534 €

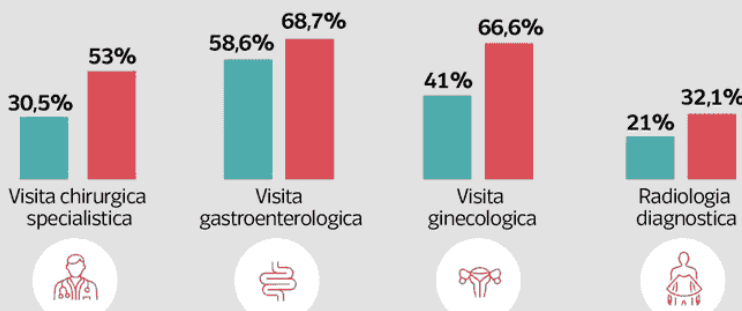
CHI FA L'INTERVENTO CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Visite ed esami		
% di pazienti		giorni di attesa
25%	Tutti in regime pubblico	52
3%	Tutti in solvenza	32
11%	In prevalenza a pagamento	49
56%	In prevalenza in regime pubblico	54
5%	Stesso numero	53

Fonte: Ats Milano su un campione di 4.863 pazienti operate nel 2022 e nel 2023

Esami e visite a pagamento

Per chi si opera per tumore con il SSN: ■ negli ospedali pubblici ■ nel privato accreditato



Fonte: Ats Milano su un campione di 41.408 pazienti operati nel 2022 e nel 2023

Infografica di Cristina Pirola

I costi della chemioterapia

al seno	Tumore al pancreas	al polmone
12 sedute	12 cicli (1 ogni 14 giorni)	1 al mese (per almeno 2 anni)
2.900 € a seduta	3.500 € a ciclo	12.000 € a ciclo
34.800 €	42.000 €	288.000 €

Fonte: Tariffe minime di un importante istituto oncologico

Tumore al seno CHI VA A PAGAMENTO



Fonte: Ats Milano

I COSTI

	Ecografia	130 €
	Mammografia	150 €
	Biopsia	460 €
	Visita oncologo	250 €
	Visita anestesista	250 €
	Visita chirurgica	250 €
	Altri esami per valutare un'eventuale diffusione del tumore come Pet	1.300 €
	TOTALE	2.790 €
	Intervento	14.000 €

Fonte: Tariffe minime di un importante istituto oncologico



MOODY'S CONFERMA IL RATING DELL'ITALIA

Giorgetti difende la manovra: «Basta falsità, niente tagli alla sanità»

■ La fase è complessa. Siamo nel pieno della sessione di bilancio, con una manovra complicata quest'anno dai vincoli delle nuove regole Ue. Mentre fuori incombono le incertezze dello scenario internazionale. È in questo contesto, spiega il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti, che ha preso forma una legge di bilancio che chiede «sacrifici». Ma per crescere e tenere i conti in ordine «serve il contributo di tutti», è l'appello del ministro, che rivendica anche i successi dell'approccio prudente del governo: lo spread si è dimezzato e due agenzie di rating hanno rivisto al rialzo l'outlook». Proprio ieri sera fra l'altro, Moody's ha confermato il giudizio sull'Italia. Il rating resta a "Baa3" con outlook stabile. Il deficit scenderà «al 4,6% del Pil nel 2024, dal 7,2% del 2023» e si ridurrà «ulteriormente al 3,5% nel 2025 e al 3% nel 2026».

Giorgetti, comunque, lancia un ap-

pello a fare ciascuno la propria parte. E lo fa parlando in videocollegamento con l'assemblea annuale dell'Anci: parole che suonano come una risposta alle critiche e preoccupazioni espresse dall'Associazione dei Comuni per i tagli previsti in manovra. «Non posso non riconoscere che le sfide con cui vi confrontate quotidianamente richiedono sempre maggiori risorse», ma il mio ruolo «mi impone» soluzioni che concilino «le esigenze locali» con gli «obiettivi complessivi del Paese», spiega. E così, anche se gli enti territoriali sono riusciti a tenere i conti «sotto controllo», tutti sono chiamati a contribuire, anche le amministrazioni locali. La riduzione delle risorse per gli investimenti pubblici disposta dalla manovra è dettata dal bisogno di «dare priorità all'utilizzo delle somme previste nell'ambito del Pnrr e del Fondo di sviluppo e coesione», spiega il ministro, che apre: «Pos-

siamo e dobbiamo continuare a collaborare». Un invito subito raccolto dal neopresidente Gaetano Manfredi dell'Anci. Presenteremo al governo «un'agenda con le priorità», annuncia, con l'auspicio che la manovra «migliori» in Parlamento. Il contesto comunque è di "grande incertezza", evidenzia Giorgetti: le misure contenute in manovra possono dare una mano, ma per «realizzare la crescita che abbiamo previsto nel 2025» sarà cruciale «promuovere la domanda». Servono sono poi la «stabilità politica» e la «prudenza» nella gestione dei conti portati avanti in questi due anni di governo, è la ricetta del titolare del Mef. Giorgetti difende la manovra anche sul fronte caldo della sanità: le risorse sono aumentate, 12 miliardi in più in tre anni. Numeri che «certificano la falsità delle narrazioni strumentali».



In dieci anni la sanità pubblica è stata tagliata una sola volta, quando il Pd era al governo

Franco Bechis a pag. 6¹

In dieci anni solo una volta, con il Pd al governo, è stato tagliato il fondo sanitario nazionale

Sanità, si spende come nel 2019

Prima era stato Monti, con Balduzzi, ad usare le forbici

DI FRANCO BECHIS

S secondo gli ultimi dati Ocse disponibili lo stipendio medio dei medici italiani è intorno ai 102 mila euro lordi annui. Non basso in sé, ma certamente molto inferiore a quello più alto in Europa, che appartiene ai medici tedeschi: stipendio lordo di circa 175 mila euro l'anno. Hanno ragione a lamentarsi i medici e gli infermieri che mercoledì 20 novembre hanno incrociato le braccia. Anche se molti di loro hanno dei piccoli trucchi per arrotondare lo stipendio base, nel modo più alla luce del sole, ad esempio, andando a supplire per qualche giorno al mese fuori Regione alla mancanza di medici ospedalieri in alcune zone. Ma sono i numeri della Sanità al centro dello scontro politico e sindacale, e a dire il vero ognuno usa quei numeri storcendoli come vuole.

Giorgia Meloni sostiene di avere aumentato sensibilmente le risorse a disposizione della sanità. Quan-

do il suo governo è entrato in carica, nel 2022, il Fondo sanitario nazionale aveva una dotazione di 125 miliardi e 980 milioni di euro. Nel 2024 la dotazione è stata di 134 miliardi e 15 milioni di euro. Quindi è vero che la dotazione è cresciuta in due anni di 8 miliardi e 35 milioni di euro, pari al 6,37% di incremento. La premier ha fatto anche più volte il riferimento alle risorse che esistevano prima della pandemia: 114 miliardi e 474 milioni di euro. Da allora ad oggi in termini assoluti quella dotazione è dunque cresciuta di 19 miliardi e 541 milioni di euro, che sicuramente non è piccola somma. Ma qui entra un altro elemento che vale tanto: la crescita dell'inflazione sia nel 2022 che nel 2023. Perché se si usa la tabella di rivalutazione monetaria della Banca di Italia quei 114,474 miliardi del 2019 diventano in euro 2024 133,84 miliardi di euro, una somma che è praticamente identica a quella del fondo sanitario nazionale nel 2024: la differenza reale in potere di acquisto fra il 2019 e il 2024 è infatti di appena 175 milioni di euro, un'inezia.

Se la tesi della Meloni regge solo sulla forma ma non sulla sostanza, quella del segretario del Pd Elly Schlein, che lamenta come gran parte delle opposizioni, la mancata crescita della spesa sanitaria rispetto al Pil, dice una cosa vera ma non è un parametro così solido per valutare la spesa sanitaria. Primo

perché il Pil potrebbe crollare come è accaduto nel 2020 o anche dopo la crisi finanziaria del 2008, e in quel caso il rapporto della spesa sanitaria rispetto al Pil potrebbe pure crescere in percentuale anche tagliando sensibilmente la sua spesa e i servizi sanitari offerti. Secondo perché contano assai di più le cifre pro capite di quelle assolute: se si spendesse 100 un conto sarebbe farlo per 60 milioni di italiani, un conto sarebbe spendere la stessa cifra per 56 milioni di italiani (più servizi e cure con la stessa spesa complessiva). Per altro dal 2011 ad oggi anche in valore assoluto solo in due anni il fondo sanitario nazionale è stato ridotto rispetto all'anno precedente. Nel 2013 è sceso da 107,961 a 107,004 miliardi di euro. Il governo che ha usato le forbici era quello guidato da **Mario Monti** con **Renato Balduzzi** ministro della Salute, e ne faceva



parte rilevante anche il Pd allora guidato da **Pierluigi Bersani**. Nel 2015 il fondo sanitario nazionale è sceso da 109,902 a 109,715 miliardi di euro. Il premier era **Matteo Renzi** e ministro della Salute era **Beatrice Lorenzin**. È stato dunque il Pd il partito che ha tagliato di più la sanità pubblica in questi anni.

Secondo gli ultimi dati Ocse il Pil pro capite degli italiani è al sedicesimo posto nell'Unio-

ne europea. Ma la spesa sanitaria pro capite degli italiani è al quindicesimo posto nella Ue: più alta di quello che dovrebbe essere con questa ricchezza pro capite. In Italia si produce un basso valore aggiunto pro capite e rispetto a questo si spende evidentemente troppo sulla sanità rispetto alle possibilità che si hanno. Il vero tema da mettere a fuoco sembra soprattutto quello della qualità

della spesa sanitaria: si potrebbe forse spendere di più, ma certamente si dovrebbe spendere assai meglio di come si fa, recuperando risorse sprecate proprio all'interno dello stesso sistema pubblico.

Open

Orazio Schillaci

Giorgia Meloni sostiene di avere aumentato sensibilmente le risorse a disposizione della sanità. Quando il suo governo è entrato in carica, nel 2022, il Fondo sanitario nazionale aveva una dotazione di 125 miliardi e 980 milioni di euro. Nel 2024 la dotazione è stata di 134 miliardi e 15 milioni di euro. Ma se si usa la tabella di rivalutazione monetaria della Banca di Italia quei 114,474 miliardi del 2019 diventano in euro 2024 133,84 miliardi di euro, una somma che è praticamente identica a quella del fondo sanitario nazionale nel 2024: la differenza reale in potere di acquisto fra il 2019 e il 2024 è infatti di appena 175 milioni di euro, un'inezia

Se la tesi di Giorgia Meloni regge solo sulla forma ma non sulla sostanza, quella del segretario del Pd Elly Schlein, che lamenta la mancata crescita della spesa sanitaria rispetto al Pil, dice una cosa vera ma non è un parametro così solido per valutare la spesa sanitaria. In particolare, perché il Pil potrebbe crollare come è accaduto nel 2020 o anche dopo la crisi finanziaria del 2008, e allora il rapporto della spesa sanitaria rispetto al Pil potrebbe crescere in percentuale anche tagliando sensibilmente la spesa



22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO



Schillaci, nessun taglio a sanità pubblica ma intenso lavoro riforma

di Radiocor Plus

«È necessario ribadire con fermezza che, dall'insediamento del Governo Meloni, non è stato effettuato alcun taglio alla sanità pubblica. Al contrario, stiamo portando avanti un intenso lavoro di riforma per rafforzare un settore che ha subito anni di depauperamento. La continua diffusione di dati inattendibili e la generalizzazione di casi singoli, sia riguardo alle liste d'attesa che agli scioperi o ai fondi, non fa altro che alimentare una narrazione distorta della realtà». Così in una nota il ministro della Salute Orazio Schillaci. Che precisa: «La diffusione di dati non verificati e la strumentalizzazione propagandistica di casi isolati rappresentano un danno grave per il Servizio sanitario nazionale, per gli operatori sanitari e per tutti i cittadini italiani». Schillaci sottolinea poi: «Siamo consapevoli che riformare un settore così complesso richiede tempo e dedizione, ma i primi risultati del nostro lavoro sono già visibili. Abbiamo invertito la tendenza negativa degli anni precedenti e stiamo procedendo con determinazione verso il miglioramento del sistema. In questo percorso chiediamo la collaborazione costruttiva delle organizzazioni sindacali per vigilare nei casi di troppe e inaccettabili scorrettezze nelle strutture sanitarie che ci raccontano purtroppo quotidianamente i media. Solo attraverso un dialogo basato su dati oggettivi e una cooperazione finalizzata al bene comune - conclude - possiamo garantire un servizio sanitario sempre più efficiente e vicino ai cittadini».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Ddl Bilancio/ Giorgetti, sostiene con forza sistema sanitario, false narrazioni. Governo farà crescere le risorse

di Radiocor Plus

«La manovra sostiene con forza il sistema sanitario nazionale, stanziando ulteriori 12 miliardi in tre anni, questo significa che il finanziamento complessivo passerà da 134 miliardi nel 2024 a 141 miliardi nel 2027». Lo ha affermato il ministro dell'Economia e delle Finanze, Giancarlo Giorgetti, intervenendo in video collegamento agli Stati Generali della Sanità organizzati dalla Lega. Secondo il ministro «l'incremento medio nel periodo 2025-2027 sarà superiore al tasso di crescita della spesa pro capite media. Questo vuol dire che il governo, mentre mette sotto controllo tutta la spesa pubblica, farà crescere le risorse per la sanità, tema che considera cruciale e fondamentale». Inoltre «per il periodo 2027-2036 sono stanziati 1,3 miliardi per il potenziamento e la ristrutturazione edilizia e l'ammmodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. Le spese sanitarie resteranno escluse dal tetto delle revisioni di spesa delle detrazioni. Questi numeri», ha concluso, «certificano la falsità delle narrazioni strumentali».

Secondo Giorgetti «la forte spinta alla sanità digitale è un dato positivo a cui bisogna dare continuità anche oltre il 2026. Mi riferisco alla telemedicina e all'utilizzo dei dati con la costruzione di un ecosistema condiviso che è un asset fondamentale per agire sulla prevenzione, intesa anche come abitudini di stili di vita salutari». Il ministro ha sottolineato che «la politica della sanità non può esaurirsi nella programmazione e nella gestione della spesa in senso stretto. Bisogna integrarla con la politica dello sport e poggiarla sulla politica dell'alimentazione. Il mio invito è tenere presente questa molteplicità di dimensione. Possiamo essere orgogliosi degli sforzi che il nostro governo e nostri governatori stanno facendo», ha concluso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S 24

Sciopero 20 novembre, il balletto sui dati emblematico della distanza tra medici, aziende e istituzioni

di Stefano Simonetti

Se si cerca una rappresentazione sintetica e allo stesso tempo emblematica dello stato in cui versa il Ssn, si può senz'altro fare riferimento allo sciopero del 20 novembre. Non sulle motivazioni o sui contenuti - fin troppo chiari, se non si è prevenuti o totalmente all'oscuro della materia - bensì sui flussi comunicativi e, in particolare, sui dati relativi allo sciopero. È un mistero assoluto come sia possibile, in un paese normale e su una questione così delicata e importante, passare da una adesione dell'85% di fonte sindacale a quella di poco più dell'1% di fonte governativa: come detto, è un mistero, ma è fortemente segnaletico di quanto sia abissale la distanza tra le rispettive posizioni, distanza senz'altro ideologica ma, evidentemente, anche relativa ai metodi e agli strumenti dialettici utilizzati. Non bastavano le diatribe sul finanziamento della Sanità pubblica, le rivendicazioni retributive e le risibili controproposte datoriali, lo scarico di responsabilità tra Governo e Regioni e tra Governo e i precedenti esecutivi: nemmeno sulla riuscita dello sciopero si può ritrovare, non dico una condivisione, ma almeno una ragionevole oggettività nel monitorare i dati. Nella tabella ufficiale della Funzione pubblica allegata, peraltro relativa a dati provvisori, si possono leggere indicazioni sconcertanti. In particolare:

- se il personale rilevato complessivamente è di 373.221 unità e si riferisce al 26,57% delle amministrazioni che hanno inserito i dati in procedura, significa che il totale del personale della Sanità dovrebbe essere circa 1.400.000, dato ovviamente assurdo: non sarà che il 26,57% riguarda il numero delle aziende che non hanno inviato i dati?
- non è dato capire la tipologia del personale oggetto di monitoraggio perché se il numero di 373.000 comprende indistintamente tutto il personale, il dato appare scorretto e fuorviante perché lo sciopero - come da intestazione della tabella - riguarda esclusivamente la dirigenza e "le professioni sanitarie del Ssn" cioè al netto del personale tecnico (circa 100.000) e amministrativo (circa 55.000) del comparto;
- nella tabella manca una colonna necessaria per conferire oggettività alla rilevazione: oltre al personale in servizio e a quello assente per altri motivi, sarebbe indispensabile il numero del personale precettato, altrimenti la percentuale di adesioni che si ricava è del tutto incompleta;
- la rilevazione si riferisce alle ore 10,30, per cui non comprende tutto il personale turnista che il 20 novembre avrebbe dovuto lavorare di pomeriggio.

A prescindere dalla elaborazione dei dati, sarebbe interessante conoscere i provvedimenti che le Regioni intendono adottare nei confronti delle aziende sanitarie che non hanno comunicato le adesioni. L'art. 5 della legge 146/1990 prevede



espressamente che “Le amministrazioni o le imprese erogatrici di servizi di cui all’articolo 1 sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente”. Ora, è pur vero che la disposizione non indica sanzioni o penalizzazioni, ma in questo momento storico così denso di tensioni non dovrebbero essere consentite leggerezze di questo tipo e le parole “sono tenute” dovrebbero imporre comportamenti quantomeno corretti. Se i dati non sono stati forniti per inerzia o dimenticanza, si tratterebbe di uno dei tanti adempimenti che non vengono fatti correttamente. Ma se la incompletezza dei dati cela motivazioni intenzionali, allora la questione sarebbe veramente inquietante.

Tra l’altro, si deve considerare che per la Sanità gli atti aziendali prodromici sono ben diversi da quelli di quasi tutte le altre amministrazioni pubbliche. L’individuazione dei contingenti del personale esonerato dallo sciopero - cioè, in termini più realistici, i lavoratori “precettati” - coinvolge una platea molto più larga per evidenti motivi: basti pensare, in proposito, che negli accordi aziendali sui servizi minimi da garantire sono, in linea di massima, previsti quelli attivi nelle giornate festive, mentre nella stragrande maggioranza delle amministrazioni degli altri tre comparti gli uffici e i servizi sono chiusi nei giorni festivi. A proposito delle regole pattizie per la garanzia dei servizi pubblici minimi, per la Sanità sono vigenti l’Accordo sui servizi minimi in caso di sciopero del 26.9.2001 per la dirigenza medica e veterinaria e l’omologo Accordo per il comparto del 20.9.2001. I due accordi, sostanzialmente uguali, sono molto dettagliati e disciplinano tutti gli aspetti di natura organizzativa che precedono lo sciopero e le modalità di svolgimento dello stesso.

Un aspetto particolare dello sciopero del 20 novembre è la dichiarazione secondo la quale molte aziende sanitarie hanno attivato tutte le iniziative possibili per limitare al massimo i disagi all’utenza. In tale contesto si inserisce una questione annosa come quella della sostituzione dei lavoratori che hanno aderito allo sciopero. A parte il fatto che con la diffusa e crescente carenza di personale l’operazione sarebbe già parecchio difficile, si deve segnalare che in tempi e contesti diversi la sostituzione veniva spesso considerata condotta antisindacale ai sensi dell’art. 28 dello Statuto dei lavoratori, ma recentemente la Suprema Corte ha ritenuto legittima la sostituzione. Secondo il costante orientamento giurisprudenziale, vedi da ultima la sentenza della Corte di Cassazione, sez. lavoro, n. 9709/2022, nel caso della proclamazione di uno sciopero da parte delle organizzazioni sindacali di categoria, “non costituisce attività antisindacale la condotta del datore di lavoro che, nell’intento di limitarne le conseguenze dannose, disponga la adibizione del personale rimasto in servizio alle mansioni dei lavoratori in sciopero, anche se tale adibizione avvenga mediante l’assegnazione a mansioni inferiori”.

Tra l’altro è chiaro che sono ben diversi gli effetti dello sciopero sulla produzione industriale che ricadono esclusivamente sul datore di lavoro rispetto alla pubblica amministrazione dove le conseguenze le pagano i cittadini. E questa considerazione vale ancor di più per la Sanità dove i servizi erogati rispondono ad un preciso precetto costituzionale. Nondimeno va precisato che, se da un lato sia ormai consolidato l’orientamento secondo cui il datore di lavoro non possa sostituire i lavoratori con personale esterno, dall’altro, lo stesso principio non valga nel caso di sostituzione degli scioperanti con risorse interne all’azienda. In stretta correlazione con quanto appena riportato, si ricorda che l’art 32, comma 1, del d.lgs. 81/2025 vieta espressamente la possibilità di sostituire i lavoratori in sciopero con il ricorso a contratti di somministrazione. La norma risale alla legge Treu del 1996, poi rielaborata dal decreto Biagi nel 2003 e, infine, sistematizzata dalla sopra richiamata disposizione di uno dei decreti del cosiddetto Jobs Act. Considerato il notevole utilizzo da parte delle aziende sanitarie del personale interinale, sarebbe importante verificare quanto è accaduto in tal senso il 20 novembre. Ovviamente, deve ritenersi ancor più vietato il ricorso ai famigerati “gettonisti”.

OLTRE LO SCIOPERO

CAMBIARE PARADIGMA PER SALVARE LA SANITÀ

di **Massimo Massetti**

—a pag. 12

Il benessere del paziente al centro di un modello che potrà salvare la sanità

Cosa fare dopo lo sciopero

di Massimo Massetti

Non ha importanza se hanno scioperato in pochi o in molti e se un servizio pubblico essenziale come la sanità, al netto dei giustissimi diritti sindacali di ciascuno, debba incrociare le braccia per portare all'attenzione dell'opinione pubblica un tema che tutti riguarda e che tutti conoscono. Sappiamo come stanno le cose negli ospedali e sul territorio per esperienza diretta o per il racconto in negativo che ne fanno abitualmente i media, e che non sempre corrisponde ad una realtà complicata e difficile: parliamo infatti di un modello in crisi profonda ma che tuttavia continua a sostenere il peso di una domanda di salute in fortissima crescita grazie al senso del dovere dei suoi addetti. Ha molta importanza invece un'altra domanda, questa: e ora, dopo lo sciopero, che fare? Dobbiamo aspettare il "tour" annunciato da Elly Schlein negli ospedali e, magari il contro tour che potrebbe organizzare Giorgia Meloni? Può la leader del più grande partito di opposizione davvero cominciare negli ospedali, o anche semplicemente essere lì per ascoltare le cose che tutti sappiamo sui pronti soccorsi intasati o le liste d'attesa che si allungano ogni giorno di più? Può la premier inseguirla o farla inseguire su questo scivolosissimo terreno, per non lasciarle altro spazio cruciale sul tema più sentito dai cittadini, anche più del lavoro e della sicurezza? E cosa faranno medici, infermieri e tutti gli altri colleghi, si divideranno tra guelfi e ghibellini dietro alle opposte sirene? Che fare allora? Penso che chi lavora nella sanità, ed in quanto tale è in senso lato classe dirigente del Paese, debba non solo protestare ma, conoscendo la situazione, avanzare delle proposte per migliorarla e poi mobilitarsi su di esse per farle conoscere all'opinione pubblica e ai decisori, dopo essersi interrogati a fondo sulle reali cause e non solo sulle conseguenze. Può sembrare difficile ammetterlo, ma gran parte

delle criticità che viviamo sono legate al modo con cui curiamo e quindi all'organizzazione dei servizi sanitari piuttosto che alle risorse messe in campo. La frammentazione delle prestazioni legata alla iper-specializzazione della medicina, la discontinuità assistenziale tra i diversi luoghi di cura in particolare tra ospedale e territorio e l'inappropriatezza in molte decisioni sono espressioni di un paradigma di cura e della sua organizzazione più che obsoleto nel contesto epidemiologico, sociale ed economico in cui viviamo. La nostra sanità da chi la vive in prima persona, ha dunque il dovere, è il caso di dirlo, di suggerire una terapia visto che sulla diagnosi siamo tutti d'accordo; ma essa, nel momento in cui avanza proposte praticabili, deve avere anche il diritto di essere ascoltata e seguita nell'interesse collettivo.

Un nutrito gruppo di colleghi che lavora in condizioni e situazioni diverse in quasi tutte le regioni italiane, nel pubblico e nel privato, in ospedale come nel territorio, ha proposto infatti, accanto alle misure emergenziali, un vero e proprio cambio di paradigma che prevede una riorganizzazione graduale ma radicale dei servizi sanitari e delle regole che li erogano. Queste misure coinvolgono tutti, dai decisori politici, agli organismi regionali fino ai singoli medici o infermieri e, se realizzate, sono in grado di mettere in campo quel cambio di passo nella sanità di cui il



nostro Paese ha urgente bisogno. Le prime esperienze concrete applicate nelle realtà di diversi ospedali hanno dato risultati importanti e misurabili sia rispetto alla qualità delle cure che nella soddisfazione dei malati e, non meno importante, con un contenimento sensibile della spesa sanitaria.

Il diritto di medici, infermieri e personale sanitario di essere ascoltati chiama in causa chi può mettere mano al processo legislativo e amministrativo necessario per modificare le regole con cui si erogano i servizi sanitari permettendo così gradualmente la transizione dal vecchio al nuovo metodo di cura.

Ma c'è un punto chiave: vanno innanzitutto fermate le ostilità in nome dell'interesse generale poiché la salute è un bene primario sul quale non si può dividere: dunque, passiamo dalla protesta alle migliori proposte per una sanità di qualità e sostenibile che restituisca dignità a chi l'ha persa non potendo più curarsi, e sono sempre di più purtroppo i cittadini in queste condizioni.

Credo sia anche opportuno ricordare sommessamente che tutti i governi, di destra di sinistra o tecnici, hanno tagliato la spesa sanitaria negli ultimi decenni e poi che nelle elezioni politiche del 2022 tutte le forze politiche evitarono di parlare di sanità proprio perché mancavano soluzioni concrete. Oggi, viviamo un dibattito politico sempre più acceso sulla sanità, e come già si è visto alle ultime regionali, questo tema sarà dominante e determinante nelle prossime elezioni del 2027.

Dobbiamo tutti essere consapevoli che la tutela della salute è un bene collettivo oltre che individuale sul quale non dobbiamo dividerci né

speculare consensi. Anche la polemica del ruolo tra sanità pubblica, privata e privata accreditata è sterile perché tutti hanno un ruolo da giocare in questa grande sfida per salvare e rendere di nuovo virtuoso il Sistema Sanitario Nazionale. Apriamo quindi l'agenda dei pochi ma fondamentali cambiamenti delle regole di cura per rimuovere le cause di questa crisi anche con la consapevolezza che ci vorrà tempo per ottenerne i benefici; ricompattiamo i percorsi di cura dando continuità nei vari ospedali o luoghi di cura dove i malati vengono presi in carico; concentriamo le risorse e snelliamo la burocrazia e concentriamoci sull'unico valore che deve guidare l'interesse di tutti: il malato e la sua cura. Platone diceva che il grande errore del suo tempo risiedeva nel fatto che i medici separavano l'anima dal corpo. Oggi facciamo di più: nel curare spezzettiamo troppo, anche e soprattutto il corpo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**È TEMPO DI UN CAMBIO
DI PARADIGMA CHE
COINVOLGA TUTTI GLI
ATTORI DEL SISTEMA,
DAI POLITICI
AI PROFESSIONISTI
DELLA SALUTE**



Pronto soccorso. Professionalità, efficienza e velocità



POLITICA SANITARIA, BIOETICA

Il tariffario di Natale dei medici a gettone a Imperia tremila euro

Decine di ospedali
in tutta Italia
sono a caccia
di camici bianchi
per coprire i turni festivi
Record in Liguria

di Michele Bocci

ROMA – In Liguria sono più generosi che in Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e pure Sicilia. Poi c'è il Lazio, che quando si muove sa essere munifico. Saranno vacanze di Natale con i medici a gettone per gli italiani che avranno bisogno dell'ospedale. Decine di strutture sanitarie sono a caccia di professionisti per coprire i turni più complicati, quelli notturni tra il 24 dicembre e il 6 gennaio ma anche quelli diurni. E non è solo una questione di carenze nel pronto soccorso, ormai arcinote, c'è tanto bisogno anche di anestesisti rianimatori. Bastano le chat di una sola società, che ha sede in Svizzera, per capire l'importanza del fenomeno. Gli ospedali che si sono rivolti a questo intermediario per Natale sono almeno una quindicina. Ma le realtà che fanno lo stesso lavoro, anche per trovare specialisti diversi, sono anche altre: il fenomeno è quindi molto più diffuso. La spa svizzera cerca camici bianchi disposti a muoversi in cambio di ricchi compensi, dai quali va tolto il 10% per l'intermediario. Chi accetta guadagna più o meno 100 euro l'ora.

Le proposte natalizie per i medici a gettone sembrano cozzare con la norma voluta dal ministero alla Salute, il decreto legge 34 dell'anno scorso,

per bloccare il fenomeno dei medici a gettone. Nel testo si dice che le carenze si possono fronteggiare affidando servizi a terzi «solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga». E poi, «l'affidamento può riguardare solo i punti di primo intervento, di pronto soccorso e non può durare più di dodici mesi». Non è chiaro se terapie intensive e sale operatorie rientrino in queste categorie.

La Liguria è una Regione che da anni ha appaltato servizi al privato. Evidentemente non basta, dalla chat degli anestesisti si scopre che chi è disposto a lavorare a Sanremo il primo di gennaio dalle 8 alle 20 se ne torna a casa con 1.500 euro, cioè prende 125 euro l'ora. In un solo giorno un anestesista libero professionista guadagna poco meno della metà dello stipendio mensile di un assunto. Il colpo lo fa chi risponde alla chiamata di Imperia per le guardie notturne del 24 e del 25 dicembre: se ne torna a casa con 3.000 euro.

La Lombardia aveva annunciato lo stop ai gettonisti, grazie a una delibera che, evidentemente, non ha funzionato. «Sono la vergogna della sanità pubblica - ha detto pochi giorni fa l'assessore alla Salute, Guido Bertolaso - in 10 giorni fanno 15 mila euro e poi per altri 20 vanno in vacanza alle Maldive mentre altri con-

tinuano a farsi il mazzo per stipendi ridicoli». Maldive o no, la Lombardia dà una bella mano ai bilanci dei liberi professionisti. Sempre la stessa società, ha tra i suoi clienti gli ospedali di Busto Arsizio (in difficoltà sia intorno a Natale che a Capodanno), quello di Sesto San Giovanni (che ha bisogno per la sala operatoria, per le guardie, per la terapia intensiva, di giorno e di notte), quelli di Cinisello Balsamo (in difficoltà solo l'ultimo dell'anno), e Rho e il Galeazzi di Milano. Cercano, o hanno cercato perché magari nel frattempo qualcuno ha accettato il lavoro, anche Bassano del Grappa, Asiago e Adria (che ha necessità per quasi tutte le vacanze natalizie) in Veneto. Qui per turni da 12 ore agli anestesisti ricevono 1.100 euro. Hanno avuto bisogno anche Biella in Piemonte e Piacenza in Emilia. Il Lazio, ad Ariccia, ha cercato pediatri per il pronto soccorso (a 1.200 euro). E quest'estate l'emergenza ha riguardato, tra l'altro, il IIS di Pesaro e Urbino nelle Marche e l'ospedale di Gela in Sicilia. Qui davano anche l'alloggio. Un bel pezzo di sistema sanitario si regge sui gettonisti.

1 **Le strutture**
Sono tantissime quelle che arruolano gettonisti in Regioni come Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna ma anche Lazio e Marche

2 **I compensi**
Per un turno di 12 ore gli ospedali in difficoltà di organico offrono agli anestesisti anche 1.500 euro (in Liguria) o comunque almeno 1.100 euro



IL FUTURO DELLA SANITÀ

Non bastano le crocette per formare nuovi medici

Giusta la riforma per accedere a Medicina: ai futuri camici bianchi serve un percorso che ne valuti capacità intuitive e di ragionamento

PROF. FRANCESCO FEDELE*

■ La possibilità di entrare in una facoltà così ambita come Medicina è un'opportunità molto importante per la vita di un ragazzo. Ma è altrettanto importante per una nazione riuscire a scegliere in modo adeguato gli studenti che diventeranno la futura classe medica che gestirà il sistema sanitario nazionale. Il test d'ingresso a medicina nasce con lo scopo di fare uno screening tra i numerosi ragazzi che vogliono seguire questo percorso per trovare i più adatti ad affrontare il difficile e lungo cammino di una laurea come medicina e chirurgia. Se da un lato un problema quantitativo esiste in termini di identificazione programmatica del numero di medici che, nel prossimo futuro, occorreranno nel nostro Paese e di adeguamento di strutture e risorse degli atenei, tuttavia dal mio osservatorio di Professore Emerito di Cardiologia desidero sottolineare il grave problema relativo alla qualità dei medici che attualmente il sistema immette in ambito lavorativo. Una scelta così importante non può essere effettuata tramite un test a crocette. Il risultato ottenuto attraverso un test come questo è, infatti, determinato da troppi fattori "casuali", senza che coloro che lo superano siano sottoposti ad un procedimento di selezione in itinere (gli atenei hanno tutto l'interesse, al fine di una loro ottimale valutazione dell'attività didattica, a mantenere la massima percentuale possibile di studenti in corso e di studenti laureati entro i sei anni).

Anche per quanto riguarda il contenuto delle domande ho molte

perplessità. Quest'anno, ad esempio, in una domanda di competenza di lettura e conoscenze acquisite negli studi è stato chiesto quale figura retorica ci fosse nella frase "Don Abbondio non era nato con un cuor di Leone". Non riesco a comprendere come la capacità di rispondere a questa domanda possa identificare gli studenti più adeguati a seguire il corso di laurea in Medicina. Anche riguardo i test di Chimica, Fisica e Matematica nutro parecchi dubbi: infatti, le domande creano un importante svantaggio per gli studenti che hanno frequentato il liceo classico, il cui contributo nel fornire gli strumenti per il ragionamento clinico è innegabile.

Condividendo queste criticità, già nel 2019 è stata presentata presso l'università di Ferrara una proposta sperimentale per la modifica di accesso a Medicina. Negli anni successivi si sono succedute altre proposte a livello di Commissioni parlamentari e, finalmente, nell'ottobre scorso è stato dato il via libera dalla settima commissione del Senato al Disegno di legge delega che prevede l'iscrizione aperta per tutti gli aspiranti medici senza sostenere i test di ingresso: è previsto un "semestre-filtro" durante il quale si seguono lezioni, si affrontano esami su materie caratterizzanti e si stila una graduatoria che seleziona l'ingresso al secondo semestre in base al numero di posti programmati; per i non ammessi gli esami superati saranno comunque validi per altri corsi universitari in ambito sanitario.

Ricordo di aver interagito con la Commissione proponendo tra le materie di insegnamento del primo semestre oltre alle classiche Bio-

logia, Fisica medica, Anatomia umana anche "Metodologia del ragionamento clinico" che ritengo fondamentale per valutare le capacità di logica investigativa e deduttiva degli aspiranti medici e sostenendo la più ampia applicazione di tecnologie di formazione a distanza. Nei confronti del suddetto disegno legge si sono sollevate critiche non solo da parte degli studenti ma anche da alcuni Ordini dei medici e da ambienti accademici, relative alla non idoneità e adeguatezza delle strutture universitarie ad "ospitare" tutti; al rischio di valutazioni non omogenee tra gli atenei e al rischio di futura plethora di medici che troverebbe difficoltà di collocamento lavorativo. Per quanto riguarda quest'ultimo, ricordo che la riforma non prevede l'abolizione del numero chiuso o del numero programmato, il che garantirà la proporzione tra domanda e offerta. Per quanto riguarda la capacità di accoglienza delle strutture universitarie abbiamo già ricordato come, soprattutto per le materie del primo semestre, possono essere ampiamente utilizzate tecnologie a distanza, già collaudate durante la pandemia Covid. Infine è fresca la notizia che ha preso il via, su iniziativa della Ministra Bernini, il tavolo



tecnico al Mur (Ministero Università e Ricerca) volto soprattutto all'identificazione delle materie del primo semestre, all'armonizzazione dei corsi di studio e, soprattutto, all'omogeneità di valutazione con l'utilizzazione anche di elementi correttivi di garanzia. Per concludere, da molti anni ho sottolineato e stigmatizzato le limitazioni di una selezione ottenuta tramite test a quiz per identificare i più idonei alla professione medica. Sono convinto che l'attuale riforma, che offre a tutti l'accesso a un percorso di selezione che prevede più momenti valutativi non solo sulle classiche materie di base ma anche sulle ca-

pacità di ragionamento clinico deduttivo, potrà rappresentare uno strumento più efficace dell'attuale nell'intercettare i futuri medici, considerando che non dovranno essere soltanto dei semplici "operatori sanitari", ma professionisti con spiccate doti intellettuali e umane indispensabili proprio per la figura del Medico (l'iniziale maiuscola non è casuale).

***Responsabile riabilitazione
cardiorespiratoria
San Raffaele Montecompatri**



Aspiranti medici al Forum di Assago per i test d'ingresso a Medicina alla Statale (LaP)



MINISTERO ALLO SBANDO PRONTO A LASCIARE LASALVIA, IL PIÙ QUALIFICATO NELLO STAFF DI SCHILLACI Salute, il capo del Legislativo verso l'addio: gli scontri interni e il nodo dei soldi ai medici

POLTRONE

» **Alessandro Mantovani**

Il ministero della Salute potrebbe perdere un altro pezzo, forse il più qualificato. Diverse fonti danno in uscita Massimo Lasalvia, magistrato e consigliere per gli Affari giuridici del ministro Orazio Schillaci, di fatto capo dell'ufficio legislativo. Al ministero l'aveva portato lui, il ministro "tecnico" ex rettore di Tor Vergata, scelto da Fratelli d'Italia e stimato dal presidente Sergio Mattarella. Lasalvia sta ancora riflettendo sul da farsi, con *Il Fatto* preferisce non parlare, però a qualcuno ha confidato una certa amarezza per la "conflittualità" all'interno del ministero e i rapporti sempre meno facili con lo staff di Schillaci. Ci sono tensioni tra il ministro e il sottosegretario Marcello Gemmato di Fdi ma anche tra dirigenti che fanno riferimento ad altri meloniani, da Edmondo Cirielli a Francesco Lollo-

brigida. Abbiamo già scritto di una "guerra per bande di Fdi".

Alcune fonti legano il probabile passo indietro di Lasalvia alla defiscalizzazione dell'indennità di specificità per i medici, promessa da Schillaci ai sindacati, ma bocciata dal ministero dell'Economia per i costi (circa 300 milioni di euro) e le perplessità sulla defiscalizzazione di un'indennità fissa (9.200 euro lordi annui circa) che premierebbe indistintamente tutti i medici e creerebbe disparità con altri dipendenti pubblici. Ora la ripropongono con un emendamento, ce n'è un altro per gli infermieri. Vedremo come finirà.

LA QUESTIONE sembra più politica che tecnica. Per il 2025 la legge di Bilancio stanza per la Salute poco più di 1 miliardo sui 3 chiesti da Schillaci. In due anni, al ministero, hanno aumentato da 12 a 19 le posizioni dirigenziali apicali e non riescono nemmeno a spartirselo senza litigare, ma aspettiamo ancora l'applicazione del decreto sulle liste d'attesa varato come spot per le Europee. Il Piano pandemico è bloccato dai nemici dei vaccini. E Schillaci non risponde alle interrogazioni sul convegno programmato a giugno al ministero per pre-

sentare i nuovi vertici dell'Aifa, l'Agenzia del farmaco, da una società che chiedeva alle aziende farmaceutiche gettoni da 5 a 20 mila euro: è stato poi annullato. Intanto aumenta la spesa sanitaria privata, le lobby fanno affari e 4,5 milioni di italiani rinunciano alle cure.

Un anno fa, dopo la presentazione della legge di Bilancio, si dimise allora capo di gabinetto Arnaldo Morace Pinelli, professore di diritto a Tor Vergata. Schillaci scelse Marco Mattei, ginecologo ed ex sindaco di Albano (Roma) che da decenni naviga tra le aziende sanitarie e il centrodestra nel Lazio, unico candidato qualche mese fa a un concorso con cui si è guadagnato un posto fisso da dirigente alla Salute. Ora in piena sessione di Bilancio sembra pronto a lasciare Lasalvia, che nella cerchia vicina al ministro ha il curriculum più consistente. Magistrato dal 1995, consigliere e vicecapo dipartimento a Palazzo Chigi dal 2001 al 2013, vicecapo di gabinetto all'Agricoltura e capo del legislativo alla Salute nella prima fase di Schillaci, per poi svolgere di fatto le stesse funzioni nella (discutibile) veste di consigliere dopo la nomina a presidente della I Sezione centrale di appello della Corte dei conti, incarico chiaramente incompatibile.

**"L'ITALIA
SPENDE
TROPPO"**

"NOI in sanità spendiamo anche di più di quello che possiamo permetterci, considerando quello che è lo stato dell'economia italiana".
Lo ha detto ieri il ministro della Salute Orazio Schillaci, ospite di un convegno a Bari



Orazio Schillaci LA PRESSE



MORTALITÀ&TACHIPIRINA

Covid, gli autogol
in Commissione:
le destre smentite

◉ PROIETTI
A PAG. 16



PANDEMIA • Parola alla scienza I negazionisti in difficoltà

Covid: la Commissione vendetta s'è trasformata in un boomerang

» **Ilaria Proietti**

Doveva essere il tribunale politico dove fare barba e capelli al governo dell'epoca. Ma a quanto pare la Commissione Covid presieduta dal meloniano Marco Lisei rischia di trasformarsi in un boomerang per il centrodestra: l'ultima dal Palazzo è che per processare l'ex premier Giuseppe Conte la Lega vuole reclutare come consulente Giovanni Frajese, medico no-vax sospeso dal suo stesso Ordine nel 2022, per inosservanza dell'obbligo vaccinale. "Dracula all'Avis", ha commentato il virologo Roberto Burioni, bullizzando sui social Claudio Borghi del Carroccio. Ma, del resto, Fratelli d'Italia non sta certo a guardare. Il partito di Giorgia Meloni ha indicato come suo campione in Commissione il professor Alberto Donzelli, che pochi giorni fa in audizione a palazzo San Macuto ha sostenuto che le mascherine sono state "un'arma a doppio taglio" e poco importanti se gli organismi nazionali e internazionali dicano il contrario. "L'Oms e qualsiasi altra istituzione mi mostrino le

prove che hanno in mano", ha detto Donzelli certo del fatto suo. Ossia che è lui ad aver ragione mentre ha torto a raccomandare le mascherine non solo l'Oms, ma pure Orazio Schillaci, ministro della Salute per volere di Fratelli d'Italia: pop corn.

MA LA PARTITA dei consulenti non è che l'ultima trovata del centrodestra in Commissione Covid al punto che Alfonso Colucci del M5S, per porre un freno alle imprese pirotecniche, ha presentato un documento per tenere l'inchiesta nei binari della scienza e dunque della credibilità. Anche perché a parlare in audizione è stata chiamata anche qualche anima no-vax che non s'è fatta scrupolo di tuonare persino contro medici e infermieri. Fortuna che s'è trovato anche il tempo di far parlare gli scienziati e gli operatori che si trovarono in prima linea rispetto alla pandemia. E lì le risposte hanno deluso le aspettative di chi era pronto a usare la clava. Fatto sta che a poche settimane dall'avvio dei lavori, il presidente dell'organismo, Marco Lisei,

sembra già provato: qualche giorno fa *il Fatto* aveva raccontato il suo sfogo con i colleghi in Parlamento per il fatto di sentirsi stretto d'assedio da una parte dai no-vax, che comunque l'insultano sui social, e dall'altro dai distinguo che di tanto in tanto vengono fuori da Forza Italia, che non ci sta a vellicare la pancia del fronte negazionista.

IN REALTÀ sono state soprattutto le audizioni a mostrare le spine più dolorose per chi pensava alla Commissione Covid come a un'eccellente opportunità di guadagno politico. Soprattutto quelle che hanno confermato come, con tutti i limiti del caso (vista l'entità della sciagura), il sistema abbia retto: ognuno ha



dato il massimo senza risparmiarsi. Ma pure quelle che si son fatte carico di sgretolare i principali pilastri del *j'accuse* del centrodestra pronto a segnare punto, ma rimasto a bocca asciutta. “Lei ha detto che il sistema ha dato un’ottima prova di resilienza, ma come valuta il fatto che l’Italia è uno dei Paesi che ha avuto il più ampio numero di decessi?”, ha insistito Marco Lisei incalzando il vicepresidente della Società italiana di igiene, Enrico Di Rosa, che aveva appena fatto in tempo a dire quanto fosse servito per scongiurare il peggio il *lockdown*. “Abbiamo pagato il fatto di essere stati i primi a essere investiti dall’emergenza rispetto agli altri Paesi europei, questo sì”, ha detto Di Rosa. Che prima ancora era stato incalzato da

Lisei sulla mancanza all’epoca del Piano pandemico. Risposta: “Ancora oggi non abbiamo un piano pandemico per le malattie respiratorie come il Covid”. E i morti? La fredda statistica Eurostat racconta che a dispetto di Lisei, nel 2021 l’Italia si è collocata al 53° posto per numero di decessi da Covid ogni 100 mila abitanti.

“UNA DELLE SCOMMESSE vinte è stato il sistema di prossimità che ha consentito di tenere a casa la stragrande maggioranza degli italiani che aveva il Covid, riuscendo così a garantire il trasferimento in ospedale di chi invece si aggravava. Ha complessivamente funzionato: alcune regioni si sono mosse meglio, altre peggio”, ha detto Di Rosa rispondendo picche all’altra deputata di Fratelli d’Italia, Alice Buonguerrieri, che ogni volta tira fuori la questione del “protocollo” tachipiri-

na/vigile attesa. Ma vaglielo a dire che è una bufala. “Era una raccomandazione, non un protocollo che non poteva esserci all’epoca in assenza di evidenze scientifiche chiare”, le ha risposto il presidente della Federazione dei medici, Filippo Anelli. A cui ha fatto eco Alfredo Cuffari della Federazione italiana delle società medico-scientifiche. “Nessuno ha imposto di fare un trattamento rispetto a un altro”.

Da ultimo, a dare la prova del nove, ci ha pensato il presidente dei farmacisti nonché parlamentare di lungo corso di Forza Italia, Andrea Mandelli, a cui sempre Buonguerrieri ha chiesto quali fossero i farmaci maggiormente prescritti. “Per lo più all’inizio molti antibiotici”. Insomma, almeno per ora, il bottino portato a casa dal centrodestra è ben poca cosa rispetto alle attese. Chissà in futuro con i rinforzi dei consulenti. A ogni

modo c’è già chi evoca il precedente, ossia il flop clamoroso che fece qualche anno fa la commissione banche: dove chi la propose finì per restarne vittima.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le audizioni Dal record di decessi al “protocollo” tachipirina: si stanno smontando tutti i mantra di chi voleva processare la gestione dell’emergenza

**12 CONSULENTI
NO VAX
E NO MASK**

IL DERBY a destra dei negazionisti si gioca sul terreno dei consulenti della Commissione. La Lega vuole reclutare il dottor Giovanni Frajese (nella foto in basso), medico no-vax già sospeso dall’Ordine dei medici, mentre Fratelli d’Italia pensa al professor Alberto Donzelli (nella foto sotto), noto per le sue tesi sulle mascherine (“arma a doppio taglio”) per contenere il contagio in polemica con l’Organizzazione mondiale della Sanità



Diecimila camici bianchi persi in 12 anni e studi aperti solo 14 ore a settimana
 "Entro il 2026 circa 15 milioni di cittadini potrebbero ritrovarsi senza dottore"

Un italiano su quattro rischia di fare a meno del medico di famiglia

IL DOSSIER

PAOLO RUSSO
 ROMA

A Rozzano, hinterland milanese, quasi la metà dei suoi 45 mila abitanti è rimasta senza medico di famiglia. E quando si è cercato di correre ai ripari per coprire i 15 posti rimasti vacanti il concorso è andato deserto. Spostiamoci a Verona, dove il dottor Alberto Vaona racconta: «Arrivano nei nostri studi verso sera, sono i pazienti orfani del medico di famiglia e non sanno da chi farsi prescrivere farmaci e certificati. Sento di colleghi che trascorrono le notti a fare ricette e la situazione fino al 2025, con i pensionamenti in arrivo, andrà ad aggravarsi». E non si creda che siano casi limite, perché secondo la stima ultima del Cnel ne mancano almeno 10 mila, tanto che per coprire i vuoti si sta facendo ricorso anche ai corsisti.

I numeri raccolti da Istat e Agenas raccontano di una grande fuga, che dagli oltre 46 mila del 2002 ha portato a 42.426 medici nel 2019, a 41.707 nel 2020, a 40.250 l'anno successivo per arrivare da qui al 2025 a contarne solo 36.628.

Qualcosa come diecimila in meno in 12 anni, durante i quali la popolazione sarà pure leggermente diminui-

ta, ma è anche invecchiata. E sono proprio gli anziani a fare più spesso visita agli ambulatori dei camici bianchi del territorio. Il problema è che già oggi la maggior parte di loro ha oltre 25 anni di servizio alle spalle e il ricambio generazionale non è in vista all'orizzonte. Anzi, secondo l'Enpam, l'ente previdenziale dei dottori, i giovani formati da qui al 2031 copriranno solo la metà dei 20 mila medici di famiglia destinati ad andare in pensione, visto che oltre il 50% di loro ha già più di sessant'anni.

«Entro il 2026 avremo 15 milioni di italiani senza medico di famiglia: oppure ognuno di loro dovrà assistere 2.500 pazienti. In entrambi i casi - spiega Silvestro Scotti, Segretario nazionale della Fimmg, il sindacato della categoria - la situazione sarà ingestibile». Anche perché, ma questo il sindacato non lo dice - le ultime rilevazioni condotte su 200 studi dei medici di base dicono che le sale di attesa restano aperte in media per non più di 14 ore settimanali, con la punta minima di 11,5 a Roma e quella massima a Genova di 16,5. Un orario small al quale fa da contrasto il numero sempre più alto di pazienti in carico ai nostri dottori di fiducia, che già oggi, nel 50% dei casi, sfiorano il massimale di 1.500 assistiti, con punte del 71% in Lombardia e del

64,7% in Veneto. «Il problema - spiega Anna Lisa Mandorino, segretario nazionale di Cittadinanzattiva - è che spesso le carenze sono concentrate nelle zone più periferiche del Paese, a bassa intensità abitativa, che abbiamo definito per questo deserti sanitari».

A invertire questa tendenza potrebbero essere le nuove leve, visto che grazie anche ai soldi del Pnrr il governo ha messo a disposizione dei neo laureati 900 borse di studio per specializzarsi in medicina generale, portando così il totale dei posti a 2.779 l'anno da qui al 2025. Peccato però che all'appello si siano presen-

tati meno candidati delle borse a disposizione. Senza calcolare che parte degli iscritti abbandona poi anzitempo i corsi.

Una crisi di vocazioni che ha diverse spiegazioni. Prima di tutto, come spiega Gavino Macciocco, un passato da medico di famiglia, professore di Igiene e sanità pubblica all'Università di Firenze, «i giovani non ci stanno ad essere relegati al ruolo di trascrittori di ricette dei colleghi specialisti. Ma se gli assistiti si rivolgono



agli ospedalieri è perché la loro formazione è più alta, così come lo è anche per i medici di famiglia nel resto del mondo, dove si formano nelle Università e fanno ricerca, mentre da noi tutto si

risolve con un corso triennale gestito dalle regioni e dalla potente Fimmg». Lo stesso sindacato che punta i piedi quando si tratta di far andare i medici di famiglia nelle Case di comunità, i nuovi maxi ambulatori aperti h 24 e finanziati dal Pnrr, dove dovrebbero lavorare in

team con specialisti, infermieri e altri professionisti della salute. Strutture che il sindaco vuole farsi da sé, privatamente, tanto da aver già firmato un'intesa con l'Enpam - controllato dallo stesso sindacato - già pronto a mettere sul piatto 8 miliardi di euro, mentre Legacoop fornirebbe macchinari sanitari, segretarie e infermieri.

Una mossa che ha irritato non poco il ministro Schillaci, che giorni fa in un incontro top secret con i governatori delle Regioni di centrodestra ha deciso

di passare al contrattacco, riesumando il "decreto Speranza", rimasto poi nel cassetto, che obbligava i medici di famiglia a lavorare almeno 18 ore a settimana nelle Case. Vedremo se questa volta si passerà dalle intenzioni ai fatti. —

Le borse di studio del governo per i neolaureati hanno avuto poco successo

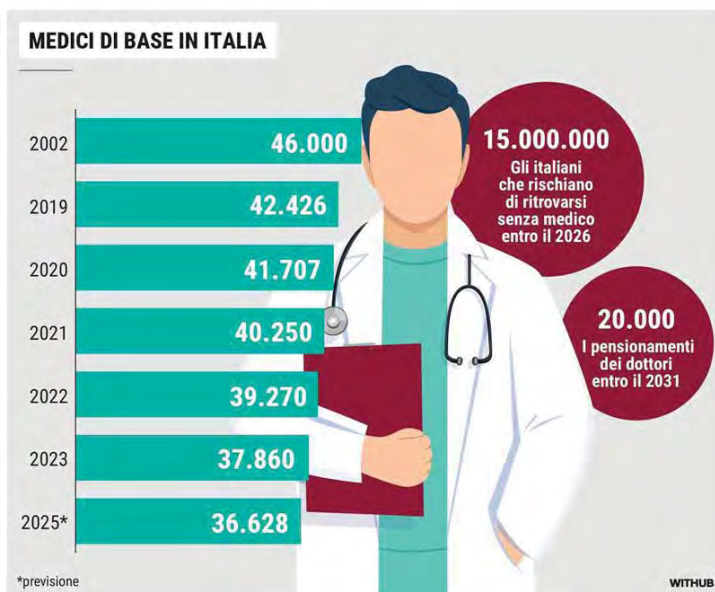
Nel 50% dei casi ogni professionista ha più di 1.500 assistiti, con punte del 70%

17%

La percentuale dei medici di famiglia rispetto al totale
La media Ue è del 24%

50%

Più della metà ha oltre 60 anni d'età
Entro il 2031, in 20 mila andranno in pensione



L'INTERVISTA

Giuseppe Remuzzi

“Siamo lontani dagli standard Ue Serve una formazione specifica”

Il direttore del Mario Negri: “I dottori diventino dipendenti del Ssn”

Professor Giuseppe Remuzzi, dall'alto del suo secondo posto nel ranking dei medici italiani, oltre che di direttore dell'Istituto Mario Negri: come si risolve l'emergenza della desertificazione degli studi dei medici di famiglia?

«Attrahendo i giovani con una formazione universitaria che oggi non c'è, dandogli supporto infermieristico e amministrativo, consentendogli di svolgere la professione senza incombenze di altro tipo, facendoli lavorare in équipe come dipendenti del Servizio sanitario nazionale e non come liberi professionisti in convenzione com'è ora. Ma devono essere anche in numero sufficiente: dovremmo adeguarci agli

standard europei».

Siamo così distanti?

«Da noi quelli di famiglia rappresentano il 17% dei medici, in Francia il 30%, in Inghilterra il 26%, in Portogallo addirittura il 49%, mentre la media Ue è del 24%».

Cosa ci guadagnerebbero a passare da liberi professionisti a dipendenti del Servizio nazionale?

«Avrebbero ferie e assenze per malattia retribuite, il supporto di una segreteria, la strumentazione per gli esami di primo livello. Soprattutto lavorerebbero in équipe con specialisti e altri professionisti sanitari, integrati in una rete di servizi che valorizzerebbe il loro lavoro. Ai loro sindacati

no, ma ai giovani non dispiacerebbe».

Poi c'è il problema della formazione, che i loro colleghi ospedalieri considerano un po' di serie B...

«Sì e questo finisce a volte per trasformarli in trascrittori di ricette. In Italia non c'è una formazione specialistica universitaria, si diventa medici di famiglia con un corso regionale di soli tre anni gestito dal loro sindacato, al quale poi ci si deve rivolgere per lavorare».

Perché almeno i medici di famiglia più anziani non vogliono andare a lavorare nelle Case di comunità?

«Perché cambiare è sempre difficile, ma sono sicuro che alla fine si troverebbero meglio a lavorare in équipe senza più essere gravati da compiti burocratici. Le Case di

comunità in Portogallo hanno funzionato benissimo e possono assorbire un 70-80% degli accessi che oggi congestionano ospedali e pronto soccorso. Serve il coraggio di farle partire. Magari con un provvedimento che obblighi i medici a lavorarci per un numero cospicuo di ore». PA.RU. —

**Le case di comunità
Assorbirebbero
il 70-80% degli
accessi che oggi
congestionano
il pronto soccorso
Serve il coraggio
di farle partire**



Esperti di life sciences e IP per la produzione di medicinali per la cura di malattie rare

Farmaci orfani, studi in campo

DI ROBERTO MILIACCA

Migliorare la vita delle persone. Ma anche garantire che la ricerca farmaceutica possa essere realizzata tenendo conto del peso crescente della spesa sanitaria sui bilanci e dei forti investimenti in ricerca da effettuare. Un tema tutt'affatto semplice, quello dei farmaci orfani, cioè di quei medicinali utilizzati per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento delle malattie cosiddette "rare". In Europa una malattia è considerata rara quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000 abitanti. Sono 50 i farmaci orfani disponibili in Italia all'inizio del 2023, pari all'82% del totale dei 61 prodotti approvati a livello europeo dalla European Medicines Agency (EMA) tra il 2018 e il 2021. Un dato che, secondo gli ultimi dati disponibili contenuti nell'ultimo rapporto annuale dell'Osservatorio Farmaci Rari (OSSFOR), nell'Ue vede l'Italia seconda solo alla Germania, dove i farmaci orfani disponibili sono 55. Una buona performance, spiega l'Osservatorio, che si affianca alla progressiva riduzione del tempo medio nazionale di movimentazione a livello regionale dei farmaci autorizzati dall'Aifa, passato da circa 407 giorni (circa 14 mesi) nel 2016 a circa 161 (circa 6

mesi) nel 2021. La spesa per i farmaci orfani nel 2022 ha raggiunto quasi 2 miliardi di euro, rappresentando circa il 6% della spesa farmaceutica totale del SSN. Proprio per la complessità della materia, i farmaci designati come orfani godono di un regime di favore che prevede sovvenzioni finanziarie da parte dell'Ue in fase di sviluppo, di fee ridotte per la procedura di autorizzazione all'immissione in commercio e, soprattutto, di un riconoscimento di un periodo di esclusività sul mercato di 10 anni, durante i quali le autorità europee non concedono altre AIC per medicinali analoghi con le stesse indicazioni terapeutiche. In sede europea si sta discutendo di estendere a 11 anni il beneficio di esclusività se i farmaci dovessero rispondere a un «elevato bisogno medico non soddisfatto». Ne parliamo questa settimana su Affari Legali con alcuni degli studi che si occupano del settore.



I professionisti al fianco delle case produttrici per sostenere gli investimenti in R&S

Farmaci orfani, studi in campo per la cura delle malattie rare

Pagine a cura

DI LUCA SETTEMBRINI

Miglior cura disponibile, tempestività nell'accesso al mercato, sostenibilità della spesa sanitaria. Negli ultimi anni, l'Italia ha registrato significativi progressi nella disponibilità e nell'accesso ai farmaci orfani, che sono medicinali destinati alla cura di una delle circa 7mila malattie rare oggi conosciute, per molte delle quali non esiste ancora oggi un trattamento.

Intorno alla cui regolamentazione di questi farmaci lavorano molte delle law firm presenti in Italia.

«Lo sviluppo di nuovi farmaci per la cura di malattie rare è storicamente frenato da due circostanze in particolare: la ristretta platea di pazienti che è ovviamente propria di una malattia rara e i costi di sviluppo del farmaco per la sua cura che sono generalmente superiori alla media. Su questi presupposti, per indirizzare la ricerca verso le malattie rare, i legislatori nazionali e sovranazionali sono intervenuti con misure di sostegno e incentivi», dice **Franco Stella**, partner Corporate & Finance di **Hogan Lovells**. «A livello comunitario, è considerata rara una malattia che colpisce non più di cinque persone ogni 10.000 abitanti e, per essere designato come «orfano», un farmaco deve tipicamente essere indicato per una patologia rara che altresì metta in pericolo la vita o che sia debilitante in modo cronico e deve rappresentare l'unico trattamento disponibile sul mercato o, se vi sono già trattamenti disponibili, deve apportare un beneficio clinico significativo.

«I farmaci designati come orfani godono di un arti-

colato regime di favore che prevede sovvenzioni finanziarie in fase di sviluppo, agevolazioni fiscali, fee ridotte per la procedura di autorizzazione all'immissione in commercio e, soprattutto, il riconoscimento di un periodo di esclusività sul mercato di dieci anni, durante i quali le autorità Ue non concedono altre AIC per medicinali analoghi con le stesse indicazioni terapeutiche».

Da ricordare che la tutela brevettuale dei farmaci orfani è indipendente dell'esclusiva regolatoria decennale, che consegue alla designazione di farmaco orfano. Ne deriva che i farmaci orfani potrebbero beneficiare di una doppia tutela (brevettuale e regolatoria). In Italia i farmaci orfani autorizzati da EMA sono esclusi dalle procedure di ripiano dello sfondamento del tetto di spesa farmaceutica per gli acquisti diretti da parte del Servizio Sanitario Nazionale (c.d. payback).

Inoltre, per accelerare la disponibilità dei farmaci orfani sul territorio, la normativa italiana ha previsto che la domanda di rimborsabilità del farmaco possa essere depositata prima del rilascio dell'AIC da parte di EMA e che la procedura per la rimborsabilità segua il c.d. fast track autorizzativo (chiusura in 100 giorni).

«Hogan Lovells assiste le imprese farmaceutiche in tutte le fasi del ciclo di sviluppo e commercializzazione dei farmaci orfani. Inoltre, seguiamo le case farmaceutiche nell'acquisto e nella vendita dei diritti su farmaci orfani, sia già autorizzati che ancora in fase di sviluppo. Si tratta di un filone di attività M&A estremamente rilevante per valore e numero di operazioni, in

cui l'expertise e il track record dello studio in Italia sono particolarmente significativi», conclude Stella.

«A seguito del Regolamento del 2000, la Commissione è intervenuta con un proprio regolamento attuativo per definire i concetti di similarità e superiorità clinica nel settore dei farmaci orfani; ma anche con proprie linee guida ed un avviso ai richiedenti. Si tratta di un complesso di norme secondarie e terziarie estremamente dettagliate», dice **Stefano Marino**, senior consultant, di **DLA Piper** (ex direttore del Dipartimento legale dell'Agenzia Europea per i Medicinali). «La procedura in due tempi (designazione orfana e successiva autorizzazione, previa verifica della permanenza dei requisiti per il mantenimento di quella designazione), ha generato alcuni contenziosi, risolti dalla Corte con decisioni quasi sempre a favore delle Autorità regolatorie.

Ulteriori incertezze però si profilano all'orizzonte, sia riguardo alla prospettata riduzione a 9 anni del periodo di esclusività, sia con riferimento a nuove definizioni presenti nel progetto di riforma della legislazione farmaceutica europea, a loro volta bisognose di integrazioni tecniche che spetteranno all'EMA una volta approvata la riforma: è il caso ad esempio del nuovo (ed ancora piuttosto oscuro)



concetto di "high unmet medical need", specifico per i farmaci orfani, che potrebbe portare a due anni aggiuntivi di esclusività di mercato. È ragionevole pensare ad un aumento importante del contenzioso in questo settore dopo l'entrata in vigore della riforma.

Per operare in questo settore occorre grande conoscenza del settore per cimentarsi con successo nell'assistenza legale e regolatoria agli sviluppatori di farmaci orfani: il *Life Sciences Team* di DLA Piper è certamente attrezzato per offrire un'assistenza a 360 gradi, dal momento della progettazione sino alla registrazione ed alla fase successiva di commercializzazione del farmaco orfano, potendo contare su tutte le necessarie competenze interne di tipo legale e regolatorio, ma anche orientate ai profili di proprietà intellet-

tuale e del diritto della concorrenza».

«Fra le principali problematiche giuridiche legate ai medicinali destinati a trattare malattie rare spicca la necessità di garantire un accesso rapido al farmaco, considerato che si tratta di farmaci indicati per patologie fortemente debilitanti o letali, rispetto alle quali, nella maggior parte dei casi, non esistono alternative terapeutiche disponibili sul mercato», spiega **Vincenzo Salvatore**, partner di **Simmons & Simmons**. «Occorre, in sede di negoziazione del prezzo, considerare l'esiguità del numero dei pazienti cui tali farmaci sono rivolti e trovare un equo bilanciamento tra l'esigenza di remunerare i costi di ricerca e sviluppo sostenuti dall'azienda farmaceutica con un mercato limitato e spesso non in grado di sostenere i costi.»

La disciplina applicabile ai medicinali orfani è contenuta nel Regolamento (CE) n. 141/2000 del 16 dicembre 1999 che istituisce una procedura di qualificazione (designazione) e valutazione centralizzata, attribuendo tali attività alla competenza esclusiva dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA).

A livello nazionale occorre poi segnalare la legge 10 novembre 2021, n. 175 (altrimenti nota come Testo Unico sulle Malattie Rare), che ha introdotto nel nostro ordinamento disposizioni specifiche per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani, prevedendo, tra l'altro, l'istituzione di un Fondo di solidarietà per le persone affette da malattie rare e il riconoscimento di un credito d'imposta, pari al 65 per cento delle spese sostenute

per l'avvio e per la realizzazione dei progetti di ricerca.

«Forniamo assistenza alle aziende farmaceutiche sia nelle procedure di qualificazione (designazione) del farmaco orfano, sia nelle varie fasi in cui si articola la procedura di valutazione di un farmaco designato come orfano. Una volta ottenuta l'autorizzazione (centralizzata) all'immissione in commercio del farmaco orfano, assistiamo le aziende farmaceutiche nelle procedure di negoziazione del prezzo e rimborso davanti all'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) o alle altre autorità nazionali competenti. Rappresentiamo poi le aziende nel contenzioso relativo alle decisioni concernenti i farmaci orfani sia davanti alle giurisdizioni nazionali sia davanti alla Corte di giustizia dell'Unione europea» con-



Francesco Stella



Stefano Marino



Vincenzo Salvatore



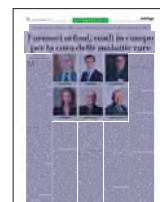
Martina Maffei



Roberto Jacchia



Gian Paolo Di Santo



L'Ue promuove e incentiva la ricerca su questi medicinali

Farmaci orfani, studi in campo per la cura delle malattie rare

clude Salvatore.

«La singola malattia rara colpisce una piccola parte della popolazione, ma in base ai dati pubblicati da EMA, le malattie rare sono numerose e i pazienti affetti da tali condizioni a livello europeo sono ben 26 milioni. A differenza dei medicinali standard, per i farmaci orfani il ritorno degli investimenti è davvero esiguo. Da qui, la scelta del legislatore europeo di creare una disciplina ad hoc e un iter regolatorio specifico nel quale è sempre coinvolta l'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) e, in particolare, un suo specifico comitato: il *Committee for Orphan Medicinal Products (COMP)*» aggiunge **Martina Maffei**, senior associate di **Herbert Smith Freehills**. «Questa specifica disciplina tuttavia non si sostituisce, ma soltanto si aggiunge alle regole generali in materia di prodotti medicinali (in particolare il Regolamento (CE) n. 726/2004, la Direttiva n. 2001/83/CE e il Regolamento n. 1901/2006 sui farmaci pediatrici).

Ecco che emerge una delle principali problematiche legali: la necessità di un approccio olistico alle norme e l'adozione di strategie che tengano conto di tutte le implicazioni regolatorie. Ad esempio, la designazione di un farmaco come "orfano" potrebbe non essere vantaggiosa laddove precluda l'accesso ad altri incentivi alternativi, ad esempio quelli previsti nel caso in cui lo stesso farmaco possa essere utilizzato per pazienti pediatrici».

Sostegno e sviluppo di nuove terapie che si cerca di sostenere anche con incentivi. «La prima serie di incentivi previsti dal legislatore riguarda la fase di

R&D. L'Agenzia del Farmaco (EMA) offre, ad esempio, tariffe ridotte e il servizio di "Protocol assistance", nel quale è possibile chiedere una consulenza su come strutturare gli studi clinici, al fine di raccogliere dati solidi e idonei a supportare un'ideale domanda di autorizzazione.

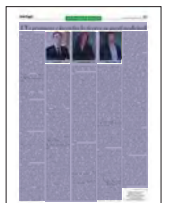
Inoltre, i farmaci orfani sono di default ammessi alla procedura centralizzata davanti ad EMA che consente, con una sola domanda, di ottenere un'autorizzazione ratificabile in tutti gli Stati membri e che può essere rilasciata, in alcuni casi, con una tempistica accelerata (attraverso la c.d. "Conditional Marketing Authorisation")» aggiunge Maffei. «I nostri clienti, sia grandi aziende farmaceutiche sia start-up specializzate, si rivolgono a noi per ottenere una lettura ragionata e olistica della complessa normativa applicabile ai

farmaci orfani. Fondamentale è la nostra duplice specializzazione, non solo in ambito regolatorio, ma anche in materia di diritto industriale. Uno degli aspetti più delicati della disciplina, infatti, riguarda il divieto di cumulo di incentivi per i farmaci orfani di uso pediatrico che impone alle aziende farmaceutiche di scegliere, in via irrevocabile, tra l'estensione della *market exclusivity* fino a 12 anni, prevista dal Regolamento sui farmaci orfani, e il prolungamento di 6 mesi della durata della protezione brevettuale sul prodotto - in particolare del Certificato di Protezione Complementare, previsto invece dal Regolamento n. 1901/2006 relativo ai medicinali per uso pediatrico».

«Benché abbia promosso lo sviluppo e la disponibili-

tà di medicinali per i pazienti affetti da malattie rare, reindirizzando gli investimenti privati e pubblici verso aree precedentemente trascurate tramite incentivi, obblighi e riconoscimenti, si ritiene che il Regolamento 141/2000 abbia aumentato i costi per i sistemi sanitari», spiegano **Roberto Jacchia**, senior partner e **Marco Stillo**, responsabile della sede di Bruxelles di **De Berti Jacchia Franchini Forlani Studio Legale**. «Le condizioni del meccanismo per ridurre il periodo di esclusività per un prodotto orfano divenuto redditizio, inoltre, sono di difficile e controversa applicazione, e per tale motivo vengono utilizzate raramente. Il Regolamento, infine, non è riuscito adeguatamente a sostenere lo sviluppo nelle aree terapeutiche in cui la domanda di farmaci è maggiore, poiché le politiche dei produttori di medicinali orfani tendono naturalmente a concentrarsi su quelle più redditizie, per le quali il numero di trattamenti disponibili è in aumento. L'EMA (*European Medicines Agency*) ha lanciato in agosto del 2024 un *Pilot Program* di sostegno scientifico, regolatorio e consulenziale gratuito alle imprese produttrici che si confrontano con il complesso esercizio dell'ottenimen-

to della designazione di un



medicinale come orfano e del rilascio della relativa AIC».

La materia dei medicinali orfani è governata da una disciplina complessa, che può, al tempo stesso, ricomprendere differenti problematiche: «basti pensare al diritto regolatorio (nei rapporti con Aifa e con EMA), al diritto brevettuale (se, come è frequentemente il caso, i principi attivi utilizzati formano oggetto di protezione brevettuale e/o di segreto industriale) e al diritto antitrust. Come è assai probabile, il fabbricante impegnato nello sviluppo e nella produzione del medicinale orfano – proprio a motivo della stretta definizione del mercato rilevante e della probabile assenza di prodotti sostituibili - beneficia in esso di una posizione dominante, con il relativo dovere di non abusarne nei rapporti con i concorrenti e con gli acquirenti pubblici. Le ipotesi tipiche di abuso di posizione dominante da parte dei produttori di medicinali orfani sono le pratiche di prezzi eccessivi e quelle di abuso denigratorio escludente nei confronti di competitor nuovi entranti», concludono Jacchia e Stillo.

«Le principali tematiche legali relative agli *orphan drugs* riguardano in primo luogo i vantaggi regolamentari ed economici che l'ordinamento prevede per stimolare gli investimenti nel settore delle malattie rare. Tra questi sicuramente i più importanti sono l'attribuzione al produttore di un'esclusiva di mercato di durata decennale e la previsione di un iter semplificato per la loro immissione in commercio», spiega **Gian Paolo Di Santo**, senior partner e responsabile del Dipartimento di diritto del-

la proprietà industriale e intellettuale dello **Studio Pavia e Ansaldo**. «Più controversa è invece la questione relativa al loro prezzo. La prassi ha infatti mostrato che le case farmaceutiche tendono a praticare in relazione a tali prodotti prezzi molto più alti rispetto alla media. Questo fenomeno ha indotto la dottrina giuri-

dica prima, e l'Agcm poi, a ritenere ravvisabili delle vere e proprie fattispecie di abuso di posizione dominante in questo campo. Lo studio ha al suo interno le competenze necessarie per prendere in carico le questioni attinenti sia all'aspetto regolatorio del fenomeno sia agli aspetti di tutela della proprietà intellettuale e antitrust che tale genere di prodotti può comportare».

«I medicinali che, essendo destinati al trattamento di malattie rare, rischiano di restare «orfani» di un produttore, in assenza di un incentivo economico sufficiente per le imprese a svilupparli in ragione della ristretta platea di consumatori interessati: questo incentivo è rappresentato da un'esclusiva di sfruttamento che prescinde dall'esistenza di un brevetto e di cui quindi è più difficile identificare l'estensione», dice **Cesare Galli**, founder di **IP Law Galli Società tra Avvocati**. «Per uno studio come il nostro, specializzato nel settore IP e con un particolare focus sul settore farmaceutico, si tratta dunque di valutare e affrontare sia i presupposti per la concessione di questa esclusiva, sia l'interferenza con essa, sia i profili Antitrust, in particolare sotto il profilo dell'abuso di posizione dominante».

«Attualmente, le principali criticità legali collega-

te ai medicinali orfani riguardano la tempestività e l'effettività dell'accesso al farmaco da parte dei pazienti. Nonostante la normativa favorisca l'approvazione tempestiva dei medicinali orfani, l'accesso a tali medicinali da parte dei pazienti è spesso ritardato, in considerazione delle lungaggini delle procedure di classificazione e prezzo a livello di ciascuno degli Stati Membri dell'Ue», dicono **Claudia Ricciardi**, partner e **Mauro Turrini**, counsel di **Bird Bird**. «Occorre un maggior rigore nell'osservanza delle tempistiche previste dalla normativa mediante la semplificazione e l'armonizzazione delle negoziazioni. Si auspica che la recente introduzione del nuovo «*Joint Clinical Assessment*» a livello europeo (che tuttavia avvierà le valutazioni dei farmaci orfani solo nel 2028) possa soccorrere in tal senso. Sotto altro profilo, l'accesso effettivo ai medicinali orfani da parte dei pazienti è spesso limitato in considerazione degli elevati costi di acquisto di tali medicinali.

Grazie agli incentivi previsti dalla normativa, il numero dei medicinali orfani autorizzati è negli anni costantemente aumentato, e con essi anche i costi a carico dei sistemi sanitari nazionali, sino a raggiungere delle proporzioni a lungo termine difficilmente sostenibili. Ciò ha determinato non solo un maggior rigore da parte delle autorità nazionali in occasione delle procedure di classificazione e prezzo di tali medicinali (che ora, sempre più frequentemente, richiedono una chiara dimostrazione del valore terapeutico di tali medicinali mediante la esecuzione

di studi comparativi diretti tra il medicinale orfano e le asserite alternative terapeutiche, sempre più frequentemente rappresentate da medicinali o indicazioni off label), ma anche l'esigenza di modificare l'attuale sistema affinché gli incentivi concessi in favore dei medicinali orfani (e, quindi, conseguentemente, anche il costo complessivo a carico dei sistemi sanitari nazionali) possano essere modulati in base al reale valore terapeutico di ciascuno di essi.»

Bird & Bird assiste i propri clienti sin dalle fasi iniziali di sviluppo dei propri medicinali (inclusi, pertanto, i medicinali orfani) sino al loro accesso effettivo al mercato. «Affianchiamo le aziende tra l'altro nell'esame delle alternative terapeutiche al fine di individuare i corretti comparatori sia in ambito di sviluppo clinico sia in ambito negoziale di classificazione e prezzo.

Forniamo supporto nella interazione con le agenzie regolatorie del farmaco, sia a livello comunitario (EMA) ad esempio relativamente alla designazione del medicinale come orfano, sia a livello nazionale italiano (Aifa) ad esempio relativamente all'acquisto dei dati e risultati di una sperimentazione no profit previa conversione del relativo studio ai sensi del decreto del ministero della Salute del 2021» chiosano.



Cesare Galli



Claudia Ricciardi



Mauro Turrini



Educazione affettiva in classe, realizzati solo progetti spot

Il punto. L'Italia è uno dei pochi Paesi europei a non prevedere programmi di formazione sul tema. Le attività sono disomogenee sul territorio, lasciate all'intervento di presidi e colleghi docenti

Greta Ubbiali

Dalle offese ad altre forme di diffamazione online, fino alla diffusione e detenzione di materiale pedopornografico. Sono tanti i volti del bullismo e della sua derivazione digitale che colpiscono le ragazze. Come forma di prevenzione ai comportamenti pericolosi (alcuni dei quali costituiscono dei veri e propri reati), si fa sempre più urgente l'insegnamento dell'educazione affettiva nelle scuole. L'Italia però è oggi uno dei pochi Paesi europei a non prevedere alcuna forma di regolamentazione per i programmi di educazione sesso-affettiva nei contesti scolastici. L'assenza di una legge lascia quindi margini di discrezionalità alle singole scuole con gli istituti del centro-nord e delle grandi città più attivi.

Il bullismo - che, stando ai dati della piattaforma Elisa, è in lieve aumento nelle sue forme sistematiche - e la violenza contro le ragazze a scuola sono strettamente collegati e «si configurano come un problema di scarsa tolleranza e accettazione verso chi è diverso. Anche in questo caso la donna è identificata come soggetto fragile, facile da colpire», sottolinea Paolo Russo, presidente dell'associazione di contrasto al fenomeno Contrajus. Attualmente gli argomenti di contrasto alla violenza contro le donne, educazione a relazioni corrette e rispettose e la promozione della parità fra uomo e donna sono inseriti nell'insegnamento di educazione civica. Questa è stata introdotta come materia trasversale dall'anno scolastico 2020-21 nel primo e secondo ciclo d'istruzione per almeno 33 ore di

formazione e, in sede di programmazione, i consigli di classe possono adottare soluzioni organizzative differenti.

Allo stato attuale, in Italia non c'è una legge nazionale che definisca, in modo organico e rispettoso delle caratteristiche per età, l'educazione all'affettività a scuola e adatti al contesto italiano quanto indicato dalle Linee guida Unesco e dagli standard Oms. Il risultato è che le attività sono disomogenee e lasciate all'iniziativa di presidi e colleghi docenti particolarmente sensibili che decidono di proporre incontri e formazione su temi quali le discriminazioni, l'educazione socio emotiva o la parità tra i generi.

È quanto succede all'I.I.S. Copernico-Carpeggiani istituto d'istruzione di secondo grado del ferrarese, con affluenza soprattutto maschile, che dal 2019 ha intrapreso la strada dell'insegnamento di Contrasto alla violenza di genere. «La materia occupa circa un terzo delle ore di educazione civica annuali e include argomenti come la comunicazione non violenta, la vittimizzazione e il riconoscimento dei segni di abuso», racconta il dirigente d'istituto Francesco Borciani. Il progetto a 5 anni dall'avvio è ora in fase di revisione. «A rivelarsi più utili - dice il professore - sono le attività che portano i ragazzi a riflettere sui loro comportamenti quotidiani, spesso inconsapevoli, e a considerare la violenza e l'asimmetria nelle relazioni. Ciò che abbiamo fatto non basta. È emersa la necessità di una riflessione più ampia». Gli allievi hanno quindi partecipato direttamente alla rimodulazione della disciplina, una revisione partita da un questionario preparato dagli stessi ragazzi e sottoposto ai compagni. «Nonostante le attività di questi anni non vediamo una crescita di consapevolezza nei ragazzi» constata Bor-

ciani, aggiungendo: «Abbiamo bisogno anche della collaborazione delle famiglie. Troppo spesso i media e la cultura popolare perpetuano stereotipi e atteggiamenti dannosi che contribuiscono a rinforzare gli stereotipi».

Una ricerca del 2022 diffusa da EduForIST, progetto dell'Università di Pisa sul tema dell'educazione alla sessualità finanziato dal ministero della Salute, ha monitorato tra il 2016 e il 2020 un totale di 232 iniziative di alfabetizzazione emotiva realizzate a livello regionale. La distribuzione geografica non è omogenea e la maggior parte riguarda le regioni del Nord (53%). Gli istituti del centro-nord e delle grandi città sono i più attivi, mentre solo il 17% delle attività ha coinvolto i giovani del Sud. Appena 13 progetti hanno interessato le scuole primarie, nonostante l'Oms suggerisca che già dall'infanzia i bambini abbiano diritto a ricevere informazioni adeguate, con linguaggio e contenuti commisurati all'età. In molti contesti l'educazione sessuale a scuola è ancora un tabù, dice Mario Puiatti, presidente di Aied, che spiega: «Varie iniziative legislative negli anni hanno provato a fare entrare la materia a scuola ma sono rimaste solo sulla carta».

L'attivazione di percorsi di educazione sessuale e all'affettività è considerata una necessità anche dagli stessi studenti. Il 32% degli adolescenti interpellati da Ipsos a gennaio 2024 ritiene necessario prevederne l'insegnamento nelle scuole secondarie di primo grado. Per il 43% sarebbe utile uno sportello psicologico per sensibilizzare sulla violenza di genere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI



Fais: il payback sui dispositivi medici mette a rischio la salute dei pazienti

Il 68,4% delle aziende operanti in Italia nel settore dei dispositivi medici ritiene che l'applicazione del payback potrebbe avere un forte impatto sulla qualità di vita dei pazienti. È solo uno dei dati emersi durante l'evento "Il payback: cosa è e che impatto potrà avere sulla vita dei cittadini" promosso dalla FAIS, Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati, che si è svolto a Roma, presso l'Associazione Stampa Estera. Un'iniziativa che per la prima volta parte dal basso, dai cittadini, già pazienti, che in Italia utilizzano un presidio medico e che rischiano di subire un peggioramento delle loro condizioni di salute se non verranno garantiti loro prodotti e servizi fondamentali per condurre una vita dignitosa.



Cosa è successo. La sentenza numero 140/2024 ha respinto le questioni sulla legittimità costituzionale che il Tar del Lazio aveva sollevato sulla normativa che riguarda il payback nel settore dei dispositivi medici, il meccanismo che si applica quando le Regioni sfiorano il tetto di spesa preventivato annualmente e chiama in causa le imprese fornitrici di dispositivi medici alle quali viene richiesto di partecipare al ripiano, nella misura del 50% dello scostamento.

Una sentenza che, se da una parte rende ancora più fragili i pazienti, dall'altra preoccupa le aziende. In un'indagine condotta lo scorso anno da FAIS e FAIP (Federazione Associazioni Italiane Paraplegici), su 38 aziende operanti nel settore dei Dispositivi Medici in Italia, per valutare l'impatto del payback qualora fosse applicato secondo le disposizioni di legge vigenti, emerge che il 68,4% di esse ritiene che l'applicazione del payback potrebbe avere un forte impatto sulla qualità di vita dei pazienti; il 65,8% che potrebbe avere ricadute sugli investimenti in innovazione e R&D nel settore dei Dispositivi Medici in Italia e il 71% che potrebbe condizionare le scelte delle aziende sulla riduzione delle forniture di DM al Sistema Sanitario Nazionale e per il 52,6% ai pazienti.

Numeri allarmanti, come ha dichiarato **Pier Raffaele Spena**, presidente FAIS: "Siamo molto preoccupati sugli effetti che il payback potrà avere sulla vita delle persone che in Italia utilizzano un presidio medico. Lo dico come rappresentante di un'associazione di pazienti, ma al tempo stesso come paziente. È necessario che le associazioni di pazienti e i movimenti civici siano coinvolti nei processi propositivi e decisionali, e non rimangano semplici spettatori inermi. Per questo la FAIS si è sempre resa disponibile. La nostra principale preoccupazione è che, nella disputa tra le istituzioni, i cittadini più vulnerabili siano coloro che subiranno le conseguenze più gravi".

A denunciare la serie di ricadute che questa sentenza porterà all'interno delle aziende che operano in questo campo è stato il mondo imprenditoriale, come ha spiegato durante l'evento **Nicola Barni**, presidente Confindustria Dispositivi Medici: "Il payback pone tutta la filiera della salute davanti a una crisi irreversibile: le imprese non saranno

in grado di garantire le forniture con un'inevitabile ripercussione sulla capacità del SSN di assicurare la tutela della salute dei pazienti. È importante che associazioni di pazienti come FAIS abbiano compreso e condiviso questo grave vulnus che è urgente iniziare a risolvere già in manovra in modo da dare un segnale chiaro ed evitare effetti disastrosi non solo sulle imprese, ma soprattutto sui pazienti che si troveranno senza tecnologie innovative disponibili e davanti a pesanti ostacoli nell'accesso alle cure e alla prevenzione”.

Un tema sentito e al centro del dibattito politico, vista anche la recente lettera indirizzata alla Presidente del Consiglio a firma delle imprese di dispositivi medici, delle associazioni di pazienti e della comunità medico-scientifica dove si chiede di bloccare il meccanismo del payback, poiché gli effetti sulla filiera della salute, all'interno degli ospedali e sull'intero servizio sanitario pubblico sarebbero disastrosi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Rapporto RespiVirNet: nell'ultima settimana sindromi simil influenzali in lieve aumento

Nell'ultima settimana i casi stimati di sindrome simil-influenzale, rapportati all'intera popolazione italiana, sono stati circa 418.000, per un totale di circa 1.792.000 casi a partire dall'inizio del monitoraggio. Lo afferma l'ultimo bollettino della sorveglianza RespiVirNet, appena pubblicato, secondo cui l'incidenza delle sindromi simil-influenzali (ILI) è in lieve aumento rispetto alla settimana precedente con un livello pari a 7,1 casi per mille assistiti (6,5 nella settimana precedente) e minore di quello osservato nella scorsa stagione (8,2 nella settimana 2023-4).

Maggiormente colpiti i bambini sotto i cinque anni di età con un'incidenza pari a 15,9 casi per mille assistiti (13,7 nella settimana precedente). In metà delle Regioni/PPAA italiane il livello dell'incidenza è sopra la soglia basale.

Durante la prima settimana di sorveglianza virologica per la stagione 2024/2025, si registra una limitata circolazione dei virus influenzali.

Su 1.038 campioni clinici ricevuti dai diversi laboratori afferenti alla rete RespiVirNet, 17 (1,6%) sono risultati positivi al virus influenzale, 14 di tipo A (7 di sottotipo H1N1pdm09, 3 H3N2 e 4 A non ancora sottotipizzati) e 3 di tipo B.

Tra i campioni analizzati, 29 (2,8%) sono risultati positivi per SARS-CoV-2, 15 (1,4%) per RSV e i rimanenti 273 sono risultati positivi per altri virus respiratori, di cui: 185 (17,8%) Rhinovirus, 37 Adenovirus, 25 virus Parainfluenzali, 20 Coronavirus umani diversi da SARS-CoV-2, 3 Metapneumovirus e 3 Bocavirus.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO



Iss: crescono le nuove diagnosi in Italia di Hiv, nel 2023 tornati ai livelli pre Covid

Continuano ad aumentare, dopo il picco negativo del 2020, le nuove diagnosi di Hiv in Italia. Secondo i dati appena pubblicati dal Centro Operativo Aids dell'Iss nel 2023 si è tornati vicini ai livelli pre Covid, i maschi nella fascia 30-39 anni si confermano il genere con una maggiore incidenza di nuove diagnosi, mentre è il Lazio la regione dove l'incidenza è maggiore.

“Questo trend è indicativo, e va di pari passo con l'andamento delle altre infezioni a trasmissione sessuale, che sono in aumento soprattutto tra i giovani – spiega

Barbara Suligoi, che dirige il Centro -. E' necessaria una maggiore sensibilizzazione sia sulle norme di prevenzione che sull'accesso al test: dal 2015 è in continuo aumento la quota di persone a cui viene diagnosticata tardivamente l'infezione da HIV (con bassi linfociti CD4 o con AIDS); nel 2023, due terzi degli eterosessuali, sia maschi che femmine, e più della metà degli MSM scoprono di essere HIV positivi quando il loro sistema immunitario è già compromesso (valori di linfociti CD4 bassi), un segno che il contagio è avvenuto da diverso tempo e che la malattia è in fase avanzata”.

Ecco i dati principali

- Le nuove diagnosi di Hiv nel 2023 sono state 2349, in aumento rispetto alle 2140 del 2022 e vicine alle 2510 registrate nel 2019. Di queste oltre il 60% è avvenuta quando la conta dei linfociti CD4 era inferiore a 350, un valore che indica un arrivo tardivo alla diagnosi.
- Per quanto riguarda l'Aids le nuove diagnosi sono state lo scorso anno 532, in aumento rispetto alle 444 dell'anno precedente (nel 2019 erano state 647).
- Per i maschi la fascia 30-39 anni è quella che ha una maggiore incidenza di nuove diagnosi. Per quanto riguarda invece le donne la maggiore incidenza, sempre di nuove diagnosi, si vede nella fascia 20-29
- A livello regionale la maggiore incidenza di nuove diagnosi si è avuta nel Lazio (5,5 ogni 100mila residenti), seguito da Umbria ed Emilia-Romagna (5). Quella minore invece si è vista in Veneto (1,1) e provincia di Trento (1,8).
- Per quanto riguarda le modalità di trasmissione, il maggior numero di nuove diagnosi (672) è stato riscontrato in uomini che fanno sesso con gli uomini (men who have sex with men - MSM), seguiti da maschi eterosessuali (414) e femmine eterosessuali (182). Il motivo principale di accesso al test è risultato la 'Sospetta patologia HIV correlata o sintomi HIV', nel 35% dei casi, seguita dai comportamenti sessuali a rischio (19,6%), mentre hanno scoperto la propria sieropositività per controlli di routine o in seguito a screening o campagne informative il 12,3% di coloro che hanno avuto una nuova



diagnosi nel 2023.

“Anche se, soprattutto grazie alle nuove terapie, l’Aids non rappresenta più l’emergenza sanitaria di qualche tempo fa, non dobbiamo spegnere i fari su questo problema – commenta **Anna Teresa Palamara**, che dirige il Dipartimento Malattie Infettive dell’Iss -. Occorre lavorare sulla prevenzione, soprattutto tra i giovani”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Fragilità: basta rincorrerla, bisogna prevenirla (anche) attraverso la vaccinazione

La piramide demografica e il crescente impatto delle cronicità sulla popolazione anziana impongono un'inversione di marcia per garantire la salute dei cittadini e la tenuta del sistema sanitario. Come? Interrompendo la rincorsa per la 'cura della fragilità' in favore di un modello assistenziale fondato sulla prevenzione, a partire da quella vaccinale. Influenza, polmonite pneumococcica, herpes zoster, virus respiratorio sinciziale - e ancora il Covid-19 - hanno un impatto altissimo sulle persone in condizioni di fragilità legate alla vecchiaia e alla presenza di comorbidità, che si traduce in ospedalizzazioni e decessi, ma anche in disabilità gravi che precludono un invecchiamento in salute, oltre ad aggravare i costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Tutte evoluzioni prevenibili attraverso la vaccinazione: uno strumento efficace, sicuro e gratuito per i fragili, che, riducendo l'incidenza delle infezioni, potrebbe contribuire anche a combattere una delle principali minacce per la salute pubblica, quella dell'antimicrobico-resistenza.

È il messaggio univoco emerso dalla seconda edizione del 'Forum sulla prevenzione vaccinale dell'anziano e del fragile' organizzato da Italia Longeva, l'Associazione nazionale per l'invecchiamento e la longevità attiva, che ha riunito al ministero della Salute tutti i principali stakeholder che si occupano di prevenzione tra Istituzioni, esperti sanitari, professionisti e operatori del settore.

"Negli ultimi decenni, l'aspettativa di vita ha raggiunto livelli altissimi, soprattutto per le donne, ma se l'invecchiamento non si accompagna a una buona qualità della vita, oltre a trascorrere l'ultima parte della nostra esistenza in condizioni di disabilità, rischiamo di costare troppo alle Casse dello Stato - ha commentato **Roberto Bernabei**, presidente di Italia Longeva -. In Italia abbiamo quasi 1 milione di ultranovantenni: è evidente che per rendere sostenibile questo traguardo, dobbiamo fare in modo che gli anziani ci arrivino nella miglior buona salute possibile. Ciò significa adottare sani stili di vita e ricorrere alle strategie di prevenzione disponibili, a partire dalla vaccinazione che è l'unica fonte gratuita di longevità che ci offre la scienza per evitare la mortalità e la morbilità associate alle malattie infettive più temibili nell'anziano: influenza, polmonite pneumococcica, virus respiratorio sinciziale, herpes zoster".

Grande attenzione è stata posta al tema dell'esitazione vaccinale, rispetto al quale è stata ribadita la necessità di rafforzare la 'buona' comunicazione, cioè che sia chiara, diretta, capillare e soprattutto univoca nei messaggi veicolati all'opinione pubblica. Ancora, gli esperti hanno condiviso l'urgenza di rimuovere alcuni ostacoli di tipo organizzativo che riguardano, per esempio, l'anagrafe vaccinale e l'impossibilità per gli operatori sanitari di accedere agli elenchi dei soggetti fragili verso i quali la vaccinazione è raccomandata. Aspetto, quest'ultimo, fondamentale nell'ottica di potenziare la chiamata vaccinale attiva e realizzare quella medicina d'iniziativa che rappresenta il pilastro di un servizio



sanitario che punta sulla prevenzione e la promozione della salute.

Durante i lavori del Forum di Italia Longeva è emerso anche l'importante ruolo dei vaccini per combattere l'antimicrobico-resistenza, un problema prioritario di sanità pubblica che riguarda da vicino gli anziani, più esposti all'aggressione di agenti patogeni in virtù della loro condizione di fragilità.

“L'unica strada percorribile è quella che mette la prevenzione al centro delle strategie di presa in carico della cronicità e della fragilità: ciò significa superare le barriere organizzative e infrastrutturali che pesano su un'efficace implementazione delle campagne vaccinali, ma soprattutto sostenere un cambiamento culturale a supporto della corretta informazione sui vaccini e sul loro ruolo di generatori di salute”, conclude Bernabei.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Telemedicina/ Televisita per l'osteoporosi efficace ma solo con il supporto dell'email

di Amelia Compagni *, Gherardo Mazziotti **, Andrea Aliverti ***, Maria Laura Costantino ***

Un recente studio condotto da un gruppo di ricercatori dell'Università Bocconi, in collaborazione con l'Irccs Humanitas di Rozzano e il Politecnico di Milano, ha approfondito l'impatto della telemedicina, in particolare della televisita, sull'aderenza terapeutica nei pazienti affetti da osteoporosi, una malattia cronica asintomatica fino all'insorgenza di fratture e che richiede terapie farmacologiche a lungo termine. L'aderenza dei pazienti al trattamento con farmaci anti-osteoporotici rappresenta ancora oggi un problema clinicamente rilevante con un impatto significativo sull'efficacia anti-fratturativa. Il progetto Teliot, finanziato da Fondazione Cariplo, ha rivelato risultati significativi, evidenziando l'importanza di combinare la televisita con altri strumenti di comunicazione per migliorare l'aderenza al trattamento e quindi l'efficacia delle cure.

Televisita: Una modalità accettabile anche per i più anziani

In un primo studio retrospettivo di 80 pazienti con osteoporosi, la televisita si è dimostrata una modalità ben accetta anche tra i pazienti anziani, con competenze digitali limitate o privi di supporto nell'utilizzo della tecnologia. Inoltre, lo studio ha mostrato che tanto più i pazienti usufruiscono di televisita, tanto più questa modalità di servizio diventa accettabile.

Tuttavia, permangono alcune perplessità. In particolare, i pazienti temono che la televisita possa ridurre la qualità della relazione con il proprio medico e il tempo dedicato durante le consultazioni, rendendola una sostituta ancora subottimale della visita in presenza. Questi timori sono più frequenti tra coloro che convivono con la malattia da più tempo che rischiano di perdere motivazione nel seguire le cure. Per questi pazienti, un approccio proattivo da parte dello specialista appare cruciale.

Email: il complemento che fa la differenza

In un secondo studio prospettico che ha coinvolto 103 pazienti con osteoporosi, i ricercatori hanno evidenziato che, da sola, la televisita non migliora in modo significativo l'aderenza terapeutica nei pazienti che iniziano un trattamento con bisfosfonati orali. Tuttavia, combinare la televisita con l'opzione di contattare per chiarimenti o dubbi il medico via email si traduce in un netto miglioramento dell'aderenza ed una probabilità tre volte più alta di assumere i farmaci in maniera ottimale. Lo studio mostra che la combinazione televisita ed email è percepita dai pazienti come un'alternativa valida alla visita in presenza e riduce le preoccupazioni sulla qualità della relazione con lo specialista che invece si riscontrano per la sola modalità in televisita.

Viceversa, i pazienti che non iniziano affatto il trattamento farmacologico o lo



interrompono immediatamente (14% del campione) non hanno alcun beneficio da questa modalità di servizio combinato. Questo suggerisce che facilitare l'interazione con lo specialista tramite canali quali l'email non riesce a scalfire le forti preclusioni verso il trattamento farmacologico che questo sottogruppo di pazienti dimostra di avere.

I risultati del progetto offrono spunti preziosi di riflessione sulla telemedicina in un momento in cui regioni e aziende stanno lavorando per implementarla nel contesto del Ssn. In particolare, i risultati incoraggiano a considerare i seguenti aspetti:

- 1) Profilazione dei pazienti: raccogliere una varietà di dati sui pazienti è fondamentale per individuare non solo chi trova più accettabile la televisita ma soprattutto chi ne può beneficiare di più in termini ad esempio di miglioramento dell'aderenza farmacologica;
- 2) Combinazione con altri strumenti digitali e non: combinare da subito la televisita con strumenti di comunicazione semplici e familiari come l'email appare importante per ottenere migliori risultati di cura;
- 3) Monitoraggio della percezione dei pazienti: integrare nella piattaforma di televisita strumenti per misurare la percezione dei pazienti del proprio stato di salute e dell'esperienza di cura consente di completare le informazioni cliniche sull'efficacia di queste modalità di servizio e potenzialmente in futuro di personalizzarle.

In definitiva, i risultati del Progetto Teliot dimostrano che la televisita, combinata con uno strumento semplice di interazione con il medico quale l'email, migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica, uno degli aspetti della cura tra i più difficili per un malato cronico da mantenere nel tempo e, come ci mostra la letteratura scientifica, uno tra i più ostici da migliorare.

* *Università Bocconi*

** *Irccs Humanitas*

*** *Politecnico di Milano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Come studiamo i rapporti tra ambiente e salute: l'esposoma e gli effetti di acqua contaminata e cibo processato

di Paolo Vineis *

Oggi è molto in voga il termine “esposoma”, per indicare che siamo esposti nel corso della vita a una molteplicità di agenti ambientali che possono influire sulla nostra salute. L'esposoma è l'equivalente del “genoma” ma viene applicato alle esposizioni ambientali anziché ai geni. Il concetto - al centro della mia lettura magistrale al Festival della Scienza Medica a Bologna, lunedì 25 novembre - è stato introdotto in base alla constatazione che la maggior parte delle malattie sono di origine ambientale (in senso lato, includendo esposizioni voluttuarie come le

sigarette). Esso esprime un salto di qualità nelle indagini sulle cause ambientali delle malattie. In passato, prove evidenti del predominio dell'ambiente sull'ereditarietà sono venute dallo studio delle popolazioni migranti. Come dimostrano molti esempi (i francesi in Québec, i giapponesi negli Stati Uniti, gli italiani in Australia, ecc.), chi migra acquisisce il rischio di malattie croniche non trasmissibili - come le malattie cardiovascolari, i tumori e il diabete - che è tipico della popolazione ospitante. Per esempio, i giapponesi negli Stati Uniti (Hawaii) alla seconda generazione dopo la migrazione presentavano rischi di cancro al colon molto più elevati rispetto ai giapponesi rimasti in patria, e rischi molto più bassi di cancro allo stomaco, un'osservazione che depone fortemente contro un'origine ereditaria di questi tumori e di altre malattie croniche.

L'esposoma comprende la totalità delle esposizioni a cui un individuo è sottoposto dal concepimento alla morte, che includono quelle derivanti da agenti ambientali, condizioni socioeconomiche, stili di vita, dieta e processi endogeni. L'esposoma si avvale dello sviluppo di nuove tecnologie (e deve ad esse parte del suo successo), sia per la rilevazione di inquinanti ambientali - come i sensori individuali portatili -, sia per la determinazione sistematica di molecole nel corpo e delle loro alterazioni. Queste ultime tecnologie vengono definite “omiche” e includono la epigenomica (le alterazioni epigenetiche del Dna), la trascrittomica (l'insieme degli Rna messaggeri), la proteomica (l'insieme delle proteine) e la metabolomica (l'insieme dei metaboliti), solo per citare le principali.

Vediamo qualche esempio. Mentre sappiamo molto sugli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla salute umana, poco si sa sugli effetti sulla salute della contaminazione dell'acqua - tranne che da parte dei microrganismi. Recentemente gli sviluppi della spettrometria di massa - una delle tecniche dell'esposoma - applicata alle misurazioni nell'acqua hanno portato all'identificazione di un gran numero di composti, molti dei quali sono noti (come pesticidi, droghe illecite e molecole farmaceutiche), mentre molti



altri sono sconosciuti. Viene pertanto proposto di condurre uno “screening” sistematico della qualità dell’acqua, per poi restringere la ricerca ai composti con concentrazioni elevate o con sospetta tossicità. In questo modo, ad esempio, sono stati identificati alcuni mutageni a cui la popolazione londinese è esposta attraverso l’acqua del rubinetto.

Un secondo esempio è l’obesità infantile, una vera sfida per la salute pubblica. L’obesità infantile è in aumento nella maggior parte dei Paesi e le politiche preventive sono state finora inefficaci. Mentre sono noti diversi fattori di rischio, si sa poco del ruolo degli alimenti, in particolare di quelli industriali come gli alimenti ultra-processati (Upf). In una ricerca nella popolazione inglese “Alspac” è stata dimostrata una relazione tra l’assunzione di Upf e le traiettorie verso una crescente adiposità infantile.

Congiuntamente, è stato dimostrato con una ricerca di esposoma (metabolomica) che il consumo di Upf era correlato a livelli ematici più bassi di amminoacidi a catena ramificata (Bcaa) nel sangue dei bambini. Poiché bassi livelli di Bcaa sono stati riscontrati anche in associazione all’obesità infantile, abbiamo concluso che questa catena di eventi conferisce plausibilità biologica a un ruolo causale degli Upf e che l’assunzione di Upf nei bambini dovrebbe essere limitata per prevenire l’obesità infantile.

**** Imperial College di Londra e Accademia dei Lincei Il prof. Vineis terrà una lezione magistrale nell’ambito del Festival delle Scienza Medica a Bologna, lunedì 25 novembre dalle 9***

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Gise: al via la fase finale di Resil-Card, la proposta di piano anti-crisi per le emergenze sanitarie

di *Francesco Saia** e *Alfredo Marchese***

Siamo ancora impreparati a una nuova possibile emergenza sanitaria o ambientale. Eventi che possono impiegare poco tempo a mettere in crisi il sistema sanitario e, con esso, l'accesso all'assistenza e alle cure cardiovascolari, mentre possono volerci molti anni prima che la situazione si ristabilizzi, come si è visto nel post Covid. Il piano pandemico nazionale è rimasto fermo al

2014, ma noi ci siamo mossi da tempo perchè non possiamo permettere che la storia si ripeta. È infatti indispensabile garantire che il 'meccanismo salvavita' della rete sanitaria operi senza interruzioni, come un orologio perpetuo. In questo contesto si inserisce il progetto RESIL-Card, finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma EU4Health, che ha l'obiettivo di realizzare uno strumento in grado di misurare la resilienza dei sistemi sanitari dinanzi alle crisi. Giunto ormai alla fase finale, RESIL-Card è composto, per l'Italia, dalla Società Italiana di Cardiologia interventistica (GISE), affiancato dall'Unità di ricerca sui servizi e sistemi sanitari del centro medico Amsterdam UMC (Paesi Bassi), dalla rete globale di cardiologi interventisti We CARE (Francia) e dal Servizio sanitario catalano CatSalut (Spagna).

Questo progetto, partito lo scorso anno, ci permetterà quindi di comprendere quali sono i punti deboli dei sistemi sanitari che potrebbero andare in tilt durante una crisi, qualunque essa sia, e di stilare una serie di indicazioni utili per ridurre le vulnerabilità e aumentare la resilienza dell'assistenza e delle cure cardiovascolari. Il progetto triennale si articola dunque in tre fasi. La prima, conclusa, si è incentrata sull'analisi della letteratura e su uno screening fra gli operatori sanitari che ci hanno permesso di individuare le criticità che hanno impedito l'erogazione regolare delle cure cardiologiche nel periodo pandemico. La seconda, anch'essa conclusa, ha organizzato focus group nelle diverse nazioni coinvolte a cui hanno partecipato le figure che compongono la 'filiera sanitaria' e che hanno stabilito i criteri organizzativi per la realizzazione dello strumento di resilienza, che prevediamo di aver pronto, almeno in versione preliminare, entro la primavera 2025. Ora verrà condotta – come terza e ultima fase – una sperimentazione che coinvolgerà professionisti e istituzioni sanitarie dell'Italia e della Catalogna e alla fine verrà stilato un vero e proprio piano anti-crisi, utilizzando l'esperienza portata anche da Pierre Carli, direttore del servizio emergenza-urgenza (SAMU) di Parigi e coordinatore del piano sanitario delle recenti Olimpiadi di Parigi.

**Presidente GISE e cardiologo interventista all'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico Sant'Orsola*

***Responsabile cardiologia interventistica dell'Ospedale S.Maria GVM di Bari*



LACORTE DEI CONTI SVELA LE CARENZE DELLE STRUTTURE REALIZZATE CON IL PNRR

Lombardia, Case di comunità senza personale

ANDREA CAPOCCI

■ Il rilancio della sanità territoriale era uno degli obiettivi principali del Pnrr. I miliardi europei avrebbero dovuto finanziare la realizzazione delle Case di comunità, strutture sociosanitarie aperte h 24 sette giorni su sette in cui riunire diversi servizi di cure primarie: infermieri, medici di famiglia, pediatri, specialisti, diagnostica di base e servizi sociali. Finora, delle 1.420 previste dal Pnrr entro il 2026 ne sono state realizzate solo 413, secondo un monitoraggio interno dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali rivelato dal *Sole24 Ore*. Sulla carta, la regione più avanti di tutte è la Lombardia, che dichiara l'avenuta attivazione di circa 130 Case di comunità, cioè i due terzi di quelle previste per la scadenza. Ma anche nella regione guidata dal leghista Attilio Fontana le cose non stanno così.

Lo rivelano le cifre contenute in un rapporto della sezione lombarda della Corte dei Conti. Delle 125 Case di comunità dichiarate «attive» dalla Lombardia, ben 85 sono prive del medico di base e in 112 manca il pediatra. In appena 73 è presente

la guardia medica. Solo 28 sono aperte ventiquattr'ore su sette giorni come prevede la legge che ne fissa gli standard, il decreto ministeriale 77 del 2022 firmato dall'allora ministro Roberto Speranza. Senza questi requisiti, le Case di comunità non possono alleggerire il pronto soccorso ospedaliero a cui si rivolgono anche pazienti non gravi o cronici, visto che gli studi medici di famiglia sono aperti solo tre ore al giorno. Era uno degli obiettivi della missione «Salute» del Pnrr.

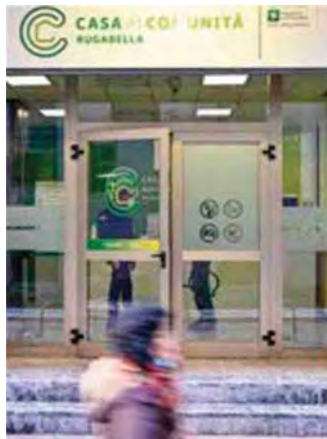
In sostanza, la regione sembra essersi limitata a cambiare la denominazione dei poliambulatori esistenti trasformandoli in «Case di comunità» sulla carta, senza dotarli dei servizi previsti. Anche il tentativo di rendere più accessibile la medicina specialistica e la diagnostica per accorciare le liste di attesa sembra poco riuscito. Circa un quarto delle Case di comunità non ha il «punto prelievi» né gli ambulatori specialistici previsti per legge. Gli infermieri ci sono in quasi tutte le strutture, così come il collegamento con i servizi sociali. Spesso, però, si limitano al consultorio familiare. A questo quadro desolante

si aggiunge il fatto che molte Case di comunità lombarde nel prossimo futuro dovranno ridurre le prestazioni per i necessari lavori di ristrutturazione.

Il rapporto della Corte svela i nodi che frenano il Pnrr. Il primo è la carenza di personale: la regione, si legge nel rapporto, ha ricevuto 95 milioni di euro extra Pnrr per assumere i necessari professionisti. Eppure, scrivono i magistrati contabili, all'esame dei fatti «non emergeva con sufficiente chiarezza il collegamento tra i trasferimenti statali ricevuti, gli impegni di spesa e i pagamenti per ciascuno dei diversi profili del personale impiegato nelle strutture della rete di assistenza sanitaria territoriale». In sostanza, non è chiaro dove siano finiti i soldi ricevuti dalla regione per assumere medici e infermieri. In secondo luogo, la riforma fatica a prendere il via per la riluttanza dei medici di base a lasciare il proprio studio per lavorare nelle Case di comunità. Per ovviare al problema senza inimicarsi la potente corporazione dei medici di famiglia, la Lombardia ha adottato un concetto originale di Casa di comunità «diffusa», che consentirebbe ai

medici di lavorare all'esterno delle nuove strutture. Ma la Corte esprime «preoccupazione» perché «l'intervento del Pnrr è finalizzato alla realizzazione di edifici facilmente riconoscibili nel territorio dove concentrare i presidi medici». Le conclusioni della Corte dei Conti non lasciano margini di interpretazione: «Per garantire la piena operatività, e dunque il raggiungimento del target del Pnrr entro la fine del 2026 - si legge nella relazione - occorre che la regione si impegni con stanziamenti pluriennali vincolati alle assunzioni per il personale dedicato all'assistenza territoriale».

**125 sono «attive»
ma 85 non hanno
il medico di base
e in 112 manca
il pediatra**



Lombardia, una delle 125 case di comunità dichiarate «attive» dalla regione guidata da Fontana



22 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Dengue: efficaci le misure di controllo del focolaio di Fano, crollata la trasmissibilità in due settimane

Le misure di controllo adottate una volta identificato il focolaio di Dengue nella città di Fano, il più grande che si è verificato in Italia quest'anno, sono riuscite a far crollare la trasmissione del virus nell'arco di due settimane (il tempo di un solo ciclo di trasmissione uomo-zanzara-uomo). Lo afferma uno studio appena pubblicato dalla rivista Eurosurveillance, a cui hanno partecipato anche gli esperti dell'Iss coinvolti nella risposta.

La ricerca analizza i dati sui primi 199 casi del focolaio, che si è verificato tra agosto e ottobre di quest'anno, e descrive le indagini epidemiologiche e microbiologiche e le misure di salute pubblica adottate. I sintomi del primo caso, riporta lo studio, si sono verificati a metà agosto, con il picco di contagi a metà settembre, mentre l'ultimo caso notificato risale al 31 ottobre. Il numero di riproduzione del virus, R_0 , è stato stimato a 2,7 inizialmente, è cresciuto fino a 3,5 per poi crollare sotto la soglia epidemica intorno al 25 settembre. Non si sono verificati casi gravi o decessi.

“Le nostre stime suggeriscono una trasmissibilità maggiore per il virus rispetto a quanto osservato in precedenza in Italia – concludono gli autori -, con livelli comparabili con quelli della trasmissione nelle aree tropicali. Come già osservato in precedenti focolai epidemici, la scoperta del primo caso di trasmissione locale e gli interventi di controllo attivati in base al Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi, ad un rapido controllo del focolaio con una diminuzione della trasmissibilità al sotto la soglia epidemica”. Nonostante l'efficacia degli interventi, sottolineano gli autori, la risposta a questo tipo di minaccia può essere migliorata, a partire da una sensibilizzazione degli operatori sanitari sulla possibilità che si verifichino casi autoctoni, in modo da ridurre i ritardi nella scoperta di eventuali casi. “In Italia, così come in altri paesi dell'Unione europea con condizioni favorevoli alla trasmissione, è necessario rafforzare la consapevolezza degli operatori sanitari sulla possibile circolazione autoctona del virus dengue in modo da considerarlo nella diagnosi differenziale delle febbri estive anche in pazienti che non hanno una recente storia di viaggi all'estero”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità

Fondi all'Ospedale israelitico per alleggerire il San Camillo

di **Clemente Pistilli** ● a pagina 5

Sanità

San Camillo sotto stress 7 milioni all'Israelitico per trasferire i pazienti

La consigliera Mattia
"Un danno al pubblico"
La Regione: "Serve
snellire le liste d'attesa"

di **Clemente Pistilli**

Oltre sette milioni di euro in più all'ospedale Israelitico, 7,3 per l'esattezza, al fine di decongestionare il San Camillo. Il protocollo tra la struttura sanitaria della comunità ebraica e l'azienda ospedaliera è stato siglato lo scorso 7 ottobre e sulla scelta fatta dalla Regione Lazio ha presentato un'interrogazione la consigliera regionale dem Eleonora Mattia.

I medici del San Camillo indovineranno ogni giorno tre pazienti dell'area medica in condizioni idonee per il trasferimento al pronto soccorso dell'Israelitico. Individueranno inoltre il lunedì, il martedì e il giovedì un paziente dell'area ortopedica sempre da trasferire. E su base volontaria potranno essere trasferiti anche i pazienti «già inseriti in lista d'attesa ed afferenti alla disciplina ortopedia e traumatologia». «Nei casi di peggioramento delle condizioni cliniche» dei malati, quando dovessero aver bisogno «delle competenze specialistiche proprie del Dea» o «dell'Azienda Ospedaliera

San Camillo Forlanini» è stato poi stabilito che torneranno al San Camillo. Specificato infine nel protocollo che, come previsto dall'ordinanza emessa nel 2020 dal presidente della Regione, durante l'emergenza Covid, «il rifiuto da parte dei pazienti di essere trasferiti dalle strutture pubbliche o private accreditate dotate di Ps/Dea in altre strutture pubbliche e private accreditate facenti parte della rete ospedaliera regionale, equivale al rifiuto del ricovero».

«Lo spostamento di risorse dalla sanità pubblica alla sanità privata sta contraddistinguendo le politiche sanitarie della Giunta Rocca fin dal suo insediamento, a far data dal quale si è già assistito all'acquisto di posti letto aggiuntivi dai privati per più di 50 milioni di euro», sostiene la consigliera regionale dem Mattia. «Non si capisce quale sia il motivo per cui un paziente che sceglie un ortopedico al San Camillo debba essere poi trasferito all'Israelitico. La Giunta Rocca - aggiunge - si sbrighi ad assumere medici e infermieri per il sistema sanitario regionale, so-

prattutto in vista del Giubileo, invece di continuare a dirottare risorse dalla sanità pubblica a quella privata». L'esponente del Pd ha quindi interrogato il governatore Francesco Rocca, che ha anche la delega alla sanità, chiedendogli le motivazioni per cui ha riconosciuto all'ospedale Israelitico, una struttura privata accreditata, un budget aggiuntivo di circa 7,3 milioni di euro per ricevere pazienti dal pronto soccorso e dalle liste d'attesa di ortopedia e traumatologia di una struttura pubblica quale l'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini.

Dalla Regione replicano sostenendo che «il budget aggiuntivo, pari a 7,3 milioni di euro, è stato concesso all'ospedale Israelitico per snellire le liste di attesa chirurgiche e per drenare gli accessi del pronto soccorso dell'ospedale San Camillo».



Ambulanze come il pronto soccorso

► In arrivo cento mezzi hi-tech: permetteranno di condividere in tempo reale l'intervento sul paziente con l'ospedale di destinazione. Così si anticipano le cure e si riducono i rischi

L'ospedale arriva a casa. La rivoluzione digitale della sanità del Lazio passa attraverso le ambulanze smart. Le prime cento arriveranno entro il 2025 e saranno la grande novità dell'assistenza in emergenza. I mezzi di emergenza che puntano sul mondo hi-tech sono le Ambulance.Ai. Presentate all'ultimo Welfair della Fiera di Roma da Emerland.Ai, l'azienda produttrice, trasforma-

no i mezzi in centrali mobili di telemedicina, connessi in tempo reale con le centrali operative e l'ospedale, garantendo accesso immediato alle cure e un soccorso più efficace ed efficiente. In sostanza, quando c'è un'emergenza in pronto soccorso potranno già rendersi conto del caso.

Valenza a pag. 36

L'evoluzione della sanità



Cento ambulanze smart in strada entro il 2025 «Connesse con l'ospedale»

► I mezzi intelligenti sono centrali mobili di telemedicina: trasmetteranno in tempo reale i dati del paziente. Videochiamate per eseguire e gestire manovre e interventi sul ferito

IL FOCUS

L'ospedale arriva a casa. La rivoluzione digitale della sanità del Lazio passa attraverso le ambulanze smart. Le prime cento arriveranno entro il 2025 e saranno la grande novità dell'assistenza in emergenza. I mezzi di emergenza che puntano sul mondo hi-tech sono le Ambulance.Ai. Presentate all'ultimo Welfair della Fiera di Roma da Emerland.Ai, l'azienda produttrice, trasformano i mezzi in centrali mobili di telemedicina, connessi in tempo reale con le centrali operative.

COME FUNZIONANO

Le ambulanze connesse permetteranno di condividere, in tempo reale, l'intervento sanitario sul paziente ospitato nel mezzo di soccorso direttamente con la centrale operativa Ares 118 e l'ospedale, garantendo accesso immediato alle cure e un soccorso più efficace ed efficiente. L'obiettivo è, quindi, quello di creare un'infrastruttura tecnologica in grado di assicurare un interscambio di informazioni cliniche e di dati di monitoraggio tra i principali attori del sistema: mezzo di soccorso, centrale opera-

tiva, ospedale. In sostanza, quando c'è un'emergenza fin dall'arrivo dell'ambulanza digitale in pronto soccorso potranno già rendersi conto del caso. Grazie ai sistemi di con-



nessione dell'ambulanza sarà possibile, ad esempio, effettuare videochiamate in alta risoluzione, gestire digitalmente la scheda di soccorso con la possibilità di inoltrare diretto al pronto soccorso di destinazione, essere seguiti da remoto nell'esecuzione di manovre sul paziente, teletrasmettere parametri vitali ed esami diagnostici per immagini in tempo reale. L'ambulanza connessa avrà a disposizione monitor defibrillatore, ventilatore, dispositivi elettrocardiografici ed ecografici in grado di trasmettere in modalità continua e immediata i dati clinici del paziente.

IL SISTEMA

Ci saranno due tablet connessi. Il primo sarà a disposizione dell'autista per la geolocalizzazione del mezzo e per i servizi di navigazione, oltre a leggere in tempo reale i dati tecnici del veicolo. Il secondo tablet sarà invece a disposizione del capo

equipaggio sanitario per la gestione digitale della scheda di soccorso che permette la sua visualizzazione in diretta da parte del medico di centrale. Grazie a questo device il medico o l'infermiere di ambulanza potrà inoltrare la scheda di soccorso direttamente al triage del pronto soccorso di destinazione. L'ambulanza connessa sarà dotata di un router multi-operatore telefonico, con sistema evoluto di gestione delle connessioni Vpn, copertura Wifi estesa ed evoluta. «Credo fermamente che le aziende sanitarie debbano confrontarsi quotidianamente con le nuove tecnologie – commenta il direttore generale di Ares 118, Narciso Mostarda – Trovare una giusta sintesi tra l'esperienza e la competenza "umane" dei professionisti della salute e le nuove tecnologie permetterà al Sistema sanita-

rio nazionale di erogare cure sempre più tempestive, efficaci ed efficienti. Con l'ambulanza connessa, noi portiamo la centrale operativa al fianco del professionista sanitario che opera in ambulanza e, al contempo, avviciniamo virtualmente l'ospedale al mezzo di soccorso: ciò si tradurrà in un enorme vantaggio per i numerosi pazienti che quotidianamente usufruiscono dei servizi di emergenza-urgenza».

Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'interno di una ambulanza hi tech, le prime cento arriveranno entro il 2025 e saranno la grande novità dell'assistenza nel Lazio



La testimonianza

«Operata dai medici di Margaret senza camici e guanti»

ROMA «Operata dagli stessi medici di Margaret. Le istruzioni me le dava una segretaria». Così Altea Lenzi, una giovanissima di Livorno che il 30 settembre era stata operata al centro Procopio. Guerra e Pozzi a pag. 15

«Operata dagli stessi medici di Margaret Le istruzioni me le dava una segretaria»

LA DENUNCIA

ROMA «Tesoro, stai bene? Mangia qualcosa, mi raccomando». È questo il messaggio WhatsApp che la segretaria del centro Procopio invia ad Altea Lenzi, una giovanissima di Livorno, il 30 settembre, un'ora prima della sua operazione al naso. Lo stesso studio di Marco e Marco Antonio Procopio, padre e figlio indagati di omicidio colposo per la morte di Margaret Spada, la 22enne di Lentini deceduta il 7 novembre, in seguito a un intervento di rinoplastica a cui si era sottoposta tre giorni prima nello studio di viale Cesare Pavese in zona Eur, luogo in cui mancavano le autorizzazioni per effettuare interventi. Nessuno aveva detto a Margaret di non mangiare, aveva spiegato agli inquirenti il fidanzato della vittima. Dichiarazione che appare ancor più credibile dopo quanto raccontato dall'ex paziente. «Io non volevo mangiare. Avevo paura di vomitare. Ma la segretaria insisteva di mettere qualcosa nello stomaco scrivendomi: "Mangia, l'anestesia viene fatta sul naso, non compromette nulla"», racconta Altea, mostrando i messaggi scambiati con la segretaria dello studio Procopio. Ma torniamo a Margaret, secondo la relazione della Asl sul percorso clinico-assistenziale della 22enne, la giovane aveva avuto, oltre ad un arresto cardiocircolatorio, anche «una polmonite ab ingestis» a causa di frammenti di cibo entrati nei bronchi. Una complicazio-

ne probabilmente dovuta, ma deve essere accertato, al fatto che Margaret mangiò un panino prima dell'intervento. E ancora, a parlare con la vittima su TikTok era stata la compagna di Marco Antonio Procopio, come ha raccontato lei stessa quando è stata ascoltata (come persona informata sui fatti) dal pm Erminio Amelio, titolare delle indagini. Da accertare se sia la stessa "segretaria" che ha parlato con Altea.

LA VICENDA

L'ex paziente livornese aveva deciso di affidarsi al centro Procopio dopo aver visto i video di una nota influencer su TikTok, proprio come Margaret. «Mi sono fidata delle foto e dei video sui social, per questo li contattai subito, senza informarmi ulteriormente». Amante della chirurgia e dei social, Altea è una "addicted" degli interventi: seno, naso, ombelico, orecchie, labbra. Rifatte più e più volte. Proprio per questo le anomalie del centro le aveva notate già dal percorso pre-operatorio: «La segretaria al telefono mi disse che potevo fissare l'intervento senza visita». Solo sotto richiesta di Altea riescono a fissare un incontro conoscitivo a maggio. «Marco Procopio, il padre, mi visitò dicendomi che avevano un buco proprio quel giorno e che potevo operarmi subito. Certo, se avessi avuto i soldi, avrei accettato, ma

non potevo pagare in quel momento, quindi rimandai», spiega la giovane. Così l'intervento viene prenotato il 30 settembre, un mese prima di Margaret: «Quel giorno con me c'era mia zia, una volta uscite mi disse che quello studio sembrava tutto tranne che una clinica. E aveva ragione, sembrava un centro veterinario. C'era gente che entrava e usciva, protezioni mediche inesistenti tra un paziente e l'altro. Anche il costo era strano: l'operazione precedente mi era costata 7.000 euro, questa solo 3.200». Ma la situazione più grave si presenta al momento dell'intervento. «Non indossavano né camici né guanti - racconta la giovane livornese - Mi fecero sdraiare con le scarpe, come se avessero fretta. Ho avuto paura».

INGENUITÀ

«Non mi chiesero nulla sulle allergie. Non firmai alcun foglio. L'unica cosa che avevo mandato erano le analisi, su WhatsApp». Poi l'anestesia locale contenente



adrenalina, un vasocostrittore utilizzato spesso per ridurre il sanguinamento. «Avevo il batticuore a mille e un mal di testa terribile. Sentivo tutto: i colpi di martello mi rimbombavano nel cervello. Non era affatto una mini-operazione, come mi avevano detto. Mi misero un gesso sul naso, avevo delle fratture ossee». Quindi in quello studio venivano effettuati - secondo questo racconto - anche interventi di chirurgia più complessi, non solo una rinoplastica senza osteotomia, ovvero senza la rottura delle ossa, come quella a cui si era sottoposta la 22enne deceduta.

«Quando ho saputo di Margaret e che erano gli stessi medici, ero sconvolta. Ora ho chiuso con gli interventi, giuro», conclude Altea.

**Gabriella Guerra
Federica Pozzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA STORIA DI ALTEA
OPERATA UN MESE
PRIMA NELLA STESSA
CLINICA ROMANA:
«NON USAVANO
NÉ GUANTI NÉ CAMICE»**



**Nella foto
Altea Lenzi.
La giovane di
Livorno si è
rifatta più di
una volta
seno, naso,
ombelico,
orecchie e
labbra. Ha
trovato il
centro
Procopio sui
social
proprio come
Margaret
Spada**

