

23 luglio 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 Maurizio Molinari



La stampa è un'organizzazione responsabile e si impegna a garantire la massima trasparenza

Martedì 23 luglio 2024

Anno LV N° 171 - 100 mila €1,70

LA BATTAGLIA PER LA CASA BIANCA

Harris corre da sola

Dopo la rinuncia di Biden, la vicepresidente degli Usa senza rivali verso la nomination: "Grata a Joe, la sua è una eredità senza pari" Anche gli sfidanti tra i democratici pronti ad appoggiarla. Boom di finanziamenti, 81 milioni in un giorno. Trump: una incompetente La Ue teme l'arrivo del tycoon, ma Meloni usa i Conservatori europei per avvicinarlo

Il commento

L'incognita Kamala

di Paolo Garimberti

La benedizione di Joe Biden potrebbe essere la maledizione delle urne per Kamala Harris. Nonostante il boom di donazioni per i democratici dopo il lancio della sua campagna, l'investitura da parte del presidente della propria vice presenta, secondo la maggioranza degli analisti, più criticità che opportunità. Per tre ragioni. La prima è che l'indicazione di Biden suona come un'incoronazione poco rispettosa della democrazia interna di un partito che deve essere invece un esempio e una bandiera delle regole democratiche contro il disprezzo mostrato da Trump e i rischi che deriverebbero da una sua rielezione. Sia il New York Times, capofila della stampa liberal americana, che il Washington Post, giornale sempre molto influente nella capitale nonostante le recenti traversie della proprietà e della direzione, hanno puntato il dito su questa criticità nelle loro Opinion by the Editorial Board, gli editoriali non firmati che indicano la linea del giornale.

continua a pagina 31



Vicepresidente Kamala Harris, 59 anni, al primo evento pubblico alla Casa Bianca dopo la rinuncia di Joe Biden

Il personaggio

Le Cronache di Narnia ispirano la sua lotta contro la tirannia

di Gianni Riotta

a pagina 4

Dopo il ritiro di Biden dalla corsa per la Casa Bianca, i democratici e i donatori sostengono Kamala Harris. La nomination sembra ipotizzata: i suoi potenziali sfidanti le hanno dato l'endorsement. «L'eredità e i risultati di Biden sono senza pari», ha detto la vicepresidente parlando a un evento pubblico.

di Baldolini, Basile, Ciriaco Lombardi, Mastrolilli e Tito da pagina 2 a pagina 11

Il partito

Bill, Barack e Nancy la saga di "House of Dems"

di Gabriele Romagnoli

a pagina 7



Parigi blindata 45 mila agenti vegliano sui Giochi

di Giuliano Foschini e Anais Ginori



alle pagine 18 e 19

L'oro olimpico val bene una mucca o un appartamento

di Emanuela Audisio e Alessandra Retico



nello sport

L'energia non deve costarci il mondo



octopusenergy Energia pulita a prezzi accessibili octopusenergy.it

Il reportage

Viaggio nella Torino nera e xenofoba

di Paolo Berizzi

Il ritorno del vecchio Fuan novecentesco e le pulsioni reazionarie e intrise di xenofobia dei comitati di quartiere usati dalla destra eversiva come cavalli di Troia. I nuovi ballila usciti dall'ombra e i mazzieri col braccio teso.

alle pagine 14 e 15 con un servizio di Monaco

Cultura



E ora il governo mette le mani sulla lirica

di Giovanna Vitale alle pagine 34 e 35

Mappe

Se gli italiani si sentono "ceto medio"

di Ilvo Diamanti

Sono passati 50 anni da quando Paolo Sylos Labini ha pubblicato un testo importante per comprendere il cambiamento che attraversava l'economia e la società nel nostro Paese. È un Saggio sulle classi sociali (edito da Laterza) che supera il dualismo fra borghesia e proletariato, fino ad allora prevalente.

a pagina 22

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/6821
Roma, Via Campania 29 C - Tel. 06/688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02/68707310
mail: servizioclienti@corriere.itITLAS
IL LEGNO. LA TUA CASA.**Su mandato del Giappone**
Arrestato in Groenlandia
il difensore delle balene
di **Alessandro Sala**
a pagina 17**Gli Azzurri saranno 403**
Parigi sotto esame
alla vigilia dei Giochi
di **Stefano Montefiori**
e **Arianna Ravelli** alle pagine 52 e 53ITLAS
IL LEGNO. LA TUA CASA.

Endorsement e donazioni dopo il ritiro del presidente: Pelosi si schiera, l'attesa per Obama. L'ira dei repubblicani

Harris lancia la sfida a Trump

«Grata a Biden, la sua eredità non ha pari». Sondaggi, si riduce il vantaggio del tycoon

L'EUROPA
INDIFESAdi **Angelo Panebianco**

Le dimissioni di Biden riaprono una partita che sembrava ormai conclusa. Forse Trump vincerà ugualmente le elezioni di novembre ma, per lo meno, i democratici si sono rimessi nella condizione di poter combattere. La democrazia americana conferma la sua vitalità ma come europei dobbiamo chiederci perché questa sfida elettorale sia per noi così importante, quale sia la differenza fra questa e tutte le elezioni presidenziali che l'hanno preceduta dopo la Seconda guerra mondiale. La differenza è che, se vicesse Trump, l'America potrebbe prendere il largo, abbandonare l'Europa al suo destino. Si determinerebbe una frattura all'interno della comunità delle democrazie occidentali. Con riflessi su tutto: con il rischio, per esempio, di un inasprimento delle misure protezioniste. E con un fortissimo impatto sul delicatissimo settore della sicurezza e della difesa. Proprio in un momento in cui il vecchio continente è di nuovo coinvolto in un conflitto armato. Dalla Seconda guerra mondiale gli europei si sono fatti proteggere dagli americani. Ciascuno aveva la sua brava convenienza: gli europei potevano investire risorse in welfare senza dirottare troppe sulla difesa, gli americani si avvantaggiavano dell'accettazione europea della loro leadership. Tutto potrebbe cambiare se Trump vicesse.

continua a pagina 36



IL POLITOLOGO MOUNK

«Kamala decida
il suo vero profilo»di **Viviana Mazza** a pagina 5

CASA BIANCA, L'AGENDA

E il leader riparte
da Netanyahudi **Giuseppe Sarcina** a pagina 6di **Massimo Gaggi**
Samuele Finetti
Andrea Marinelli
e **Federico Rampini**

Kamala Harris parla già da candidata democratica per la corsa alla Casa Bianca. Dopo l'endorsement ringrazia il presidente nel suo primo intervento pubblico: «Profondamente grata a Biden, la sua eredità è senza pari». Intanto cominciano ad affluire i fondi per sostenere la campagna. Molti esponenti democratici si sono già apertamente schierati con lei, ma pesa il silenzio di Barack Obama mentre Nancy Pelosi ha sciolto la riserva a favore di Harris. I repubblicani attaccano e insistono nel chiedere le dimissioni di Biden anche da presidente. La campagna è lunga. E i sondaggi rivelano che il distacco tra Harris e Trump si starebbe assottigliando.

da pagina 2 a pagina 9

Femminicidio Il padre della donna contesta il verdetto della Cassazione«Niente ergastolo per il Covid?
Così uccidono ancora Lorena»di **Felice Cavallaro**

«L'ergastolo cancellato per Covid all'assassino di mia figlia è una "tinturia", è la cattiveria di una giustizia malata che cerca spiegazioni cervellotiche già escluse da altri periti e giudici. Così — dice Enzo Quaranta — uccidono due volte Lorena».

a pagina 19

GIANNELLI

...E GIORGIA CAMBIA PETA NATURA

**Governo Slitta il ddl Concorrenza**
Pnrr, bene la spesa
Restano le tensioni
nella maggioranzadi **Monica Guerzoni** e **Claudia Voltattorni**

Avanti tutta con il Pnrr, spiega Raffaele Fitto: nei primi 6 mesi del 2024 la spesa ha toccato quasi 10 miliardi di euro. «Un primato», dice Meloni. Ma con Salvini (e tra Lega e Fd), nel governo restano tensioni. L'ultimo scontro sottotraccia è esploso sul ddl Concorrenza.

da pagina 10 a pagina 15

L'analisi Gli equilibri e gli scenari
Dalla Ue agli alleati,
le spine della premierdi **Antonio Polito**

Se prima delle Europee era lecito dire che per la premier le cose non potevano andare meglio, ora le sorti del governo non sembrano più così «magnifiche».

a pagina 13

I segreti del potere La Russa
«Superare il fascismo?
La lezione di Tatarella»di **Francesco Verderami**

«Da Tatarella la lezione perché la destra superasse il fascismo», racconta Ignazio La Russa. La stima per Napolitano che «amò le Forze armate».

a pagina 14

IL CAFFÈdi **Massimo Gramellini****Prepotenti senza museruola**

Il tizio sui trent'anni che entra in una pizzeria romana rifiutandosi di mettere la museruola e il guinzaglio al suo molosso, ma pestando a sangue il padre di famiglia che osa farglielo notare, è la versione estrema di una categoria di persone con cui ormai veniamo a contatto ogni giorno. Presidenti della repubblica dei fatti loro che spiangono l'auto per ore in doppia fila, sul treno ascoltano vocali, canzoni e sparatorie western a tutto volume, per strada e nei luoghi pubblici tagliano code e non rispettano precedenza. Ad accumularli è la reazione alle critiche: sorpresa, indispettita, talvolta addirittura furibonda, come nel caso dell'umano di riferimento dell'incolpevole molosso. Invece di chiedere scusa, si arrabbiano. E non perché pensano di avere

ragione, ma perché pensano che nessuno abbia il diritto di dir loro che hanno torto.

Dare del prepotente a un prepotente, o del menefreghista a un menefreghista, è diventata un'attività estremamente pericolosa. Così si finisce per sopportare i piccoli soprusi come già si sopportano da tempo quelli grandi: in silenzio, imponendosi un autocontrollo da maestri zen, che però, latitando i maestri zen, lascia addosso un senso di frustrazione e di rancore. Forse anche da qui nasce il desiderio dell'«uomo forte» che si respira nell'aria. Desiderio pericoloso e ingannevole, dato che chi si presenta come vendicatore degli oppressi si rivela molto spesso il peggiore degli oppressori.

© RIPRODUZIONE VIETATA

**IL SUD DEGLI**
STATI UNITI
E LE ELEZIONI
PRESIDENZIALI:
IN VIAGGIO CON
MARCO D'ERAMO
FRA I "TERRONI"
D'AMERICA

Marietti1820

MariettiEditore.it
IN LIBRERIA

STROMBOLI

Musumeci-Schifani, lite sulla fiction della Rai

ALBERTO MATTIOLI



Al solito nella politica italiana la realtà supera la fantasia. Fra i molti litigi nel centrodestra, l'ultimo non è forse il più importante, ma di certo il più acceso e bizzarro. - PAGINA 23

L'AMBIENTE

Trappola sabbie mobili ultimo incubo dell'estate

MARIO TOZZI



Chiusi come siamo per la maggior parte dei nostri giorni nelle città e nelle case, quasi non ci rendiamo più conto che esiste un mondo naturale soggetto a dinamiche complicate, che ospita fenomeni inconsueti. - PAGINA 19



LA STAMPA

MARTEDÌ 23 LUGLIO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 158 II N.202 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

IERIL PRIMO DISCORSO A WASHINGTON: IL PRESIDENTE HA RILANCIATO L'AMERICA. IL TYCOON DOVRÀ CAMBIARE STRATEGIA

America, scommessa Harris

I big del partito schierati con la vice di Biden. Boom di donazioni. Pelosi: la appoggio. Ma Obama tace

L'INTERVISTA

Markley: "Perché voterò per Kamala"

FRANCESCA PACI

«Adesso voterò per Kamala Harris» dice lo scrittore Stephen Markley. Tre mesi fa, in un editoriale pubblicato sul New York Times, scriveva che non tutti sono in grado di descrivere quanto spaventoso potrebbe essere una seconda presidenza Trump». - PAGINA 4



IL PERSONAGGIO

Una donna di successo fa invecchiare Donald

MARIA LAURA RODOTÀ

Kamala Harris sta spargliando. Non si presenta o ripresenta come la figlia di migranti studiosi, come la prima mezza nera giamaicana mezza indiana procuratore della California poi senatrice poi vicepresidente poi probabilmente nominata candidata. - PAGINA 3

IL GURU SOCIAL

Così la rinuncia di Joe ha risollevato Twitter

RICCARDO LUNA

Mentre Joe Biden si arrendeva, Twitter risorgeva. Da una parte c'era un funerale politico; dall'altra una resurrezione. Anzi, per essere più precisi, è stato proprio Joe Biden, involontariamente, a ridare un senso e una centralità al social network di Elon Musk. Ed il fatto che Musk sia anche il principale sostenitore di Donald Trump rende la cosa ancora più interessante. - PAGINA 22



ALBERTO SIMONI E SIMONA STRI

Putin spinge per la guerra totale

DOMENICO QUIRICO

Visto da Mosca: semplicemente un non evento, un fattucolo, uno spettacolo paesano messo in piedi dal nemico. - PAGINA 8

Xi vuole la leadership mondiale

LORENZO LAMPERTI

La Cina non commenta l'annuncio del ritiro di Joe Biden dalla corsa per la Casa Bianca, ma ne studia attentamente le conseguenze. - PAGINA 9

IL CRONISTA DELLA STAMPA PESTATO A TORINO DA CASAPOUND. DIALOGO JOLY-CAROFIGLIO

"La politica fermi la violenza"

ANDREA JOLY

«Non basta che la politica condanni la violenza». Gianrico Carofiglio, scrittore, ex magistrato, esordisce così. Deve trovare le misure per cancellarla alla radice? «Certo, ma non parlo solo di questo. Quando la violenza arriva da una parte specifica,



la politica deve avere il coraggio e la dignità di chiamarla col suo nome». Carofiglio, di quale violenza parla? «Quella che ha subito lei, sabato sera. In sé sarebbe un banale episodio di prepotenza. A renderla grave è il contesto». - PAGINA 11

GIACOMINO PAGINA 10

LA POLITICA

La crociata anti-Islam della Lega a Pontida

FRANCESCO MOSCATELLI

Lega anti-Islam. Salvini annuncia che Pontida si terrà il 6 ottobre «visto che il giorno dopo è l'anniversario di Lepanto». - PAGINA 13

BUONGIORNO

L'idea del senatore leghista Manfredi Potenti di proibire negli atti pubblici l'uso del femminile laddove prima non c'era (sindaca, prefetta, questora), e di sanzionarlo con multe da cinquemila euro, è di una stupidità così accecante che persino la Lega l'ha disconosciuta e cancellata. L'idea di sciogliere CasaPound per ricostituzione del partito fascista è invece molto seria, anche perché la legge Scelba non è facile da applicare, e un'assoluzione (non dal pestaggio, sia chiaro) non è imprevedibile. L'idea di stupidità accecante e l'idea molto seria hanno però in comune il disastroso vizio contemporaneo: di raddrizzare il mondo con le carte bollate. Raddrizzarlo, naturalmente, al gusto dei raddrizzatori. Nello Zibaldone di Giacomo Leopardi c'è una bellissima frase: «Niuna repubblica, niuno istituto e forma di governo,

Per niente facile

MATTEA FELTRI

niuna legislazione, niun ordine, niun mezzo morale, politico, filosofico, d'opinione, di forza, di circostanza qualunque, di clima ec. è mai bastato né basta né mai basterà a fare che la società cammini come si vorrebbe...». Tocca metterci il cuore in pace: non soltanto l'uomo non corregge l'uomo a bastonate, ma non ha nemmeno l'autorità morale per provarci. L'uomo, quando è chiamato a legiferare, deve scrivere leggi che ordinino la società, e se la società va da un'altra parte non basterà la sanzione, o la sanzione ancora più severa, affinché «cammini come si vorrebbe». Bisognerebbe anzitutto capire perché oggi si, e ieri no, si dice sindaco e prefetta, e non è difficile. E perché qualcuno ancora cresce nel mito della violenza come azione politica, e non è per niente facile, specie se non ci si prova.

LA FINANZA

Patto occulto in Crt indagato Palenzona

La procura accusa: c'è stata corruzione

CLAUDIA LUISE, ELISA SOLA



Fabrizio Palenzona è indagato per corruzione tra privati. L'intricata vicenda della Fondazione Crt si arricchisce di un nuovo colpo di scena e questa volta nel mirino della procura di Torino finisce l'ex presidente dell'ente torinese, colui che ha denunciato il presunto "patto occulto". - PAGINA 20

L'ECONOMIA

Lo tsunami di regole che paralizzava l'Ue

CAMILLO VENESIO

Molte sono ormai le analisi delle cause che hanno portato alle crisi - debiti sovrani e recessioni - che nel decennio 2007-2017 hanno rischiato di travolgere le principali economie del mondo. Una breve frase sintetizza bene il contesto. - PAGINA 22

LA CONCORRENZA

Se il giudice smonta il potere dei balneari

ALESSANDRO DENICOLA

Ci sarà pure un giudice a Berlino, pensò il mugugno Arnold nel XVIII secolo, decidendo di rivolgersi direttamente a Federico il Grande per ottenere quella giustizia che gli era stata negata dai tribunali locali. E giustizia fu fatta. Oggi verrebbe da dire che c'è un giudice a Lussemburgo. - PAGINA 23



ACQUISTIAMO DIPINTI, SCULTURE, DESIGN e ANTIQUARIATO ORIENTALE

Antichità Giglio dal 1979 esperti di Arte e Antiquariato

Chiama o invia delle foto
335 63.79.151
info@antichitagiglio.it



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 - N° 207
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DC 58

NAZIONALE



Martedì 23 Luglio 2024 • S. Brigida

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

Prima su Netflix
Yara, la serie tv
filo-Bossetti
divide il pubblico

Ravarino a pag. 12



Assalto alla Juventus
Blitz giallorosso:
per Soulé l'offerta
sale a 29 milioni

Carina nello Sport



Ripicche slovene
Fidanzata esclusa
Pogacar si vendica
«Non vado a Parigi»

Arcobelli nello Sport



L'editoriale
LE STRADE
DI BRUXELLES
NON PORTANO
A ROMA

Alessandro Campi

La politica vive spesso di paradossi. L'importante è non esagerare sino a trasformarli in contraddizioni insanabili. Prendiamo ad esempio la coalizione che governa attualmente l'Italia. In Europa, in apertura della nuova legislatura di Strasburgo, i partiti del centrodestra hanno fatto scelte diverse. Fratelli d'Italia e Lega non hanno votato la riconferma di Ursula von der Leyen alla guida della Commissione, mentre Forza Italia l'ha sostenuta. Il partito di Antonio Tajani fa dunque parte di una maggioranza politica a Roma e di una molto diversa a Bruxelles, dove i suoi alleati nel governo nazionale si trovano all'opposizione di quello europeo.

Secondo alcuni si tratta di un pasticcio potenzialmente pericoloso. Collocazioni così diverse sottendono, infatti, al di là delle ragioni tattiche che le hanno determinate, visioni molto diverse dell'Europa, che alla lunga potrebbero rendere difficile l'attuale coabitazione al potere a Roma. Anche se bisognerebbe ricordare che per il centrodestra italiano, sulle tematiche europee, è stato così da sempre senza che la sua unità ne risentisse. Secondo altri, il problema sulla carta esiste, ma difficilmente produrrà conseguenze nefaste nella misura in cui politica europea e politica nazionale tendono a procedere in modo autonomo, seguendo logiche di funzionamento molto diverse.

Prendiamo ad esempio proprio il voto che ha incoronato nuovamente la von der Leyen.

Continua a pag. 14

Kamala alla conquista dei dem

► Per la vicepresidente il supporto di Nancy Pelosi e di metà dei delegati alla convention
Il primo discorso dopo il ritiro di Biden: «Grata per la sua eredità». Trump: è stato un golpe



Kamala Harris, 59 anni, pronta a ottenere dai dem la nominata per la candidatura alla Casa Bianca PHOTERS

Guaia, Miglionico, Paura e Vita da pag. 2 a pag. 5

Il commento
PSICODRAMMA
AMERICANO.
UN FILM GIÀ VISTO

Luca D'otallevi

Negli Stati Uniti è in corso un dramma. Drama non solo loro, anche nostro, dramma di rilevanza globale. Nella tragedia greca l'azione può svolgersi a Tebe, Sparta o Atene, ma il dramma riguarda sempre quella civiltà tutta intera, senza eccezioni.

Continua a pag. 14

L'incontro con Costa: lavoriamo insieme

Meloni: Pnrr, non sono ammessi errori
Di Concorrenza, frenata pensando all'Ue

ROMA Pnrr. Giorgia Meloni apre la fase 2. «Non si ammettono errori». Si è riunita la cabina di regia sul Recovery. «Finora dati molto positivi, ora decisivo l'ultimo miglio». Il ministro Raffaele Fitto, intanto, si prepara al ruolo da commissario. «Pro-



blemi con l'Europa? Li escludo». Tutto questo mentre il voto sul Ddl Concorrenza in Consiglio dei ministri è stato rinviato per ulteriori approfondimenti. «Cosa evitiamo scontri con l'Ue».

Bechis alle pag. 6 e 7

Pensioni, la pace contributiva via libera al riscatto di 5 anni

► Entro il 2025 si potranno sanare i periodi scoperti senza interessi

Francesco Pacifico

Ritorna la pace contributiva, lo strumento che permette ai lavoratori di riempire (riscattandoli senza interessi) i "buchi" di mancati versamenti pensionistici durante la propria vita lavorativa. Periodi da colmare per anticipare la possibilità di maturare il diritto alla pensione e per incrementare il futuro assegno. L'annuncio dell'Inps: entro il 2025 c'è la facoltà di recuperare periodi non continuativi tra il 1995 e l'inizio del 2024, purché non superiori ai 5 anni.

A pag. 15

Il caso Ryanair

Low cost in crisi
I profitti calano
i prezzi non ancora
Giacomo Andreoli

Utili trimestrali in picchiata rispetto ai record dei mesi scorsi e prezzo dei biglietti in calo. Ma difficilmente torneranno ai livelli pre-pandemia. Per Ryanair guadagni dimezzati in un anno.

A pag. 11

Di Branco a pag. 11

Sostituisce Curcio

Protezione civile,
cambio al vertice:
tocca a Ciciliano



Bulleri a pag. 9

La Cassazione

Troppo rumore
alla festa di paese:
turisti risarciti

Valentina Errante

«L'interesse pubblico allo svolgimento degli spettacoli non può comportare il sacrificio del diritto del privato oltre il limite della tollerabilità». Parola della Cassazione. E così il comune di Albissola Marina, località balneare ligure, dovrà risarcire 3 mila euro a festa a due vacanzieri disturbati dai rumori provocati dalle iniziative organizzate nella centralissima piazza del Concordia nel periodo estivo.

A pag. 13

SPADA
spadaroma.com



Il Segno di LUCA

ACQUARIO
NUOVA PARTENZA

L'opposizione tra Plutone, nel tuo segno, e il Sole si abbatte con quella tra la Luna, anch'essa nel tuo segno, e Mercurio. La tua è una giornata di confronto e di dialogo anche teso, ti consente di fare luce e superare le dissonanze. L'amore non esce rinforzato proprio perché riesci ad abbandonare gli atteggiamenti rigidi e incontrolabili, aprendoti ad altre visioni. Il dubbio ti consente di andare oltre le soluzioni che non funzionano. **MANTRA DEL GIORNO** Anche con il silenzio dico qualcosa.

L'oroscopo a pag. 14

* Tandem con altri quotidiani: non disponibili nei punti di vendita: Centro giornale di Mestre-Luce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20; La Domenica del Fiumicino € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Lazio, Il Messaggero - Primo Piano Notte € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50.

Martedì 23 luglio 2024 ANNO LVIII n° 174 1,50 € Santa Brigida di Svezia religiosa e compagna d'Europa

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



VALLEVERDE SOFTSYSTEM

Editoriale

Il passo indietro di Biden/1 RIVOLUZIONE AMERICANA

ANDREA LAVAZZA

In ogni elezione presidenziale americana, si attende o si teme... dipende da chi ne beneficia - la October surprise, l'evento inatteso che a pochi giorni dal voto può cambiare l'intero corso della campagna presidenziale.

continua a pagina 14

Editoriale

Il passo indietro di Biden/2 L'ESPERIENZA DEL LIMITE

ERALDO AFFINATI

Il passo indietro compiuto da Joe Biden apre uno spazio di riflessione per tutti noi. Non tenermosene sulle circostanze politiche ed esistenziali che, specie negli ultimi mesi, hanno reso questo gesto praticamente ineluttabile.

continua a pagina 14

IL FATTO Buono l'esordio e il «grazie» a Biden: il partito - per ora - si mostra più compatto del previsto

Primi sì per Harris

Alla vice in corsa per la Casa Bianca subito l'appoggio di 800 dei 4mila delegati dem Trump ostenta sicurezza: «Adesso sarà più facile vincere». Ma deve cambiare strategia

IL VIAGGIO DI PAROLIN

«A Kiev per aprire sentieri di pace»

Prosegue il viaggio del cardinale Parolin in Ucraina: ieri l'incontro con il premier Shmyhal, oggi con il presidente Zelensky.

Gambassi (inviato a Kiev) a pagina 5



LA ROUTE A Verona dal 22 agosto attesi in 18mila

Scout alla ricerca delle felicità possibili

Oltre 18mila cape e capi scout a chiedersi che cosa sia la felicità, declinandola in valori come l'accoglienza, la speranza, la passione, l'esperienza di Dio.

Accordini a pagina 15

Buona la prima per Kamala Harris. La vice di Biden chiamata a correre al posto suo per il prossimo mandato alla Casa Bianca incassa più consensi del previsto nelle file dei Dem: 800 degli oltre 4mila delegati alla designazione le hanno garantito il proprio appoggio.

Primo piano alle pagine 2,3 e 4

L'INCONTRO

Meloni parte da Costa per ricucire con Bruxelles

Dopo il no a Ursula von der Leyen, parte dal presidente del Consiglio europeo Antonio Costa il lavoro di ricucitura europea di Giorgia Meloni.

Spagnolo a pagina 9

LE DUE FACCE Produzione record nel semestre, ecosistema sotto assedio

Più energia grazie all'acqua Ma il Po è sempre a rischio

La lunga strada verso la transizione ecologica fa sognare per l'Italia, a metà 2024, un primo punto di svolta. Pur senza eccedere in entusiasmi, soprattutto per il forte ritardo rispetto agli obiettivi 2030, le fonti rinnovabili hanno sorpassato per la prima volta quelle fossili per produzione nazionale di energia elettrica.

Affari e Viana alle pagine 6 e 7

I nostri temi

VITA DA CRONISTA

Quella Milano criminale e il suo bisogno d'amore

MARINA CORRADI

Primi anni '80, era il tempo degli erotomani tirati su all'ultimo momento da un marcapiede, lividi, gli occhi sbarrati. Nei posti di Polizia degli ospedali, all'alba, venivano in tanti. Ragazzi di vent'anni.

A pagina 14

ANALISI

L'incertezza pesa In Germania natalità in crisi

MASSIMO CALVI

Anche la Germania, che è stata come modello virtuoso di politiche familiari, sta attraversando una crisi della natalità abbastanza seria.

A pagina 12

CRONISTA PICCHIATO

CasaPound: sette aggressori a Torino

Marcot a pagina 10



RICERCA PEW CENTER

L'immigrazione ha "salvato" la demografia

Bonetti e Ghirelli a pagina 11

TURISMO ESTIVO

Vacanze brevi e italiane strategia anti-rincari

Pittaluga a pagina 13

Tappeto volante

Amico di vecchia data, Renzo Sicco di Assembla Teatro di Torino, organizza letture letterarie in reparti di oncologia. Mi manda la locandina della sua recente visita all'Ospedale San Luigi, intitolata: Leggere è una cura.

Pianoterra

percezioni, non frastono. Invece la letteratura distoglie, trasloca la persona con il suo sguardo in un altrove di tempo e di spazio. Allontana dall'ossessivo accerchiamento di se stessi, sposta in altri paraggi, sovrappone una sua storia a quella della persona sofferente.

Agorà

SCENARI

Nel mondo dei social il quotidiano deve essere "straordinario"

Scaraffa a pagina 16

TELEVISIONE

A Giffoni la nuova stagione di "Tutto chiede salvezza"

De Luca a pagina 18

VERSO PARIGI

Macron celebra De Coubertin e invoca la tregua olimpica

Zappalà a pagina 19

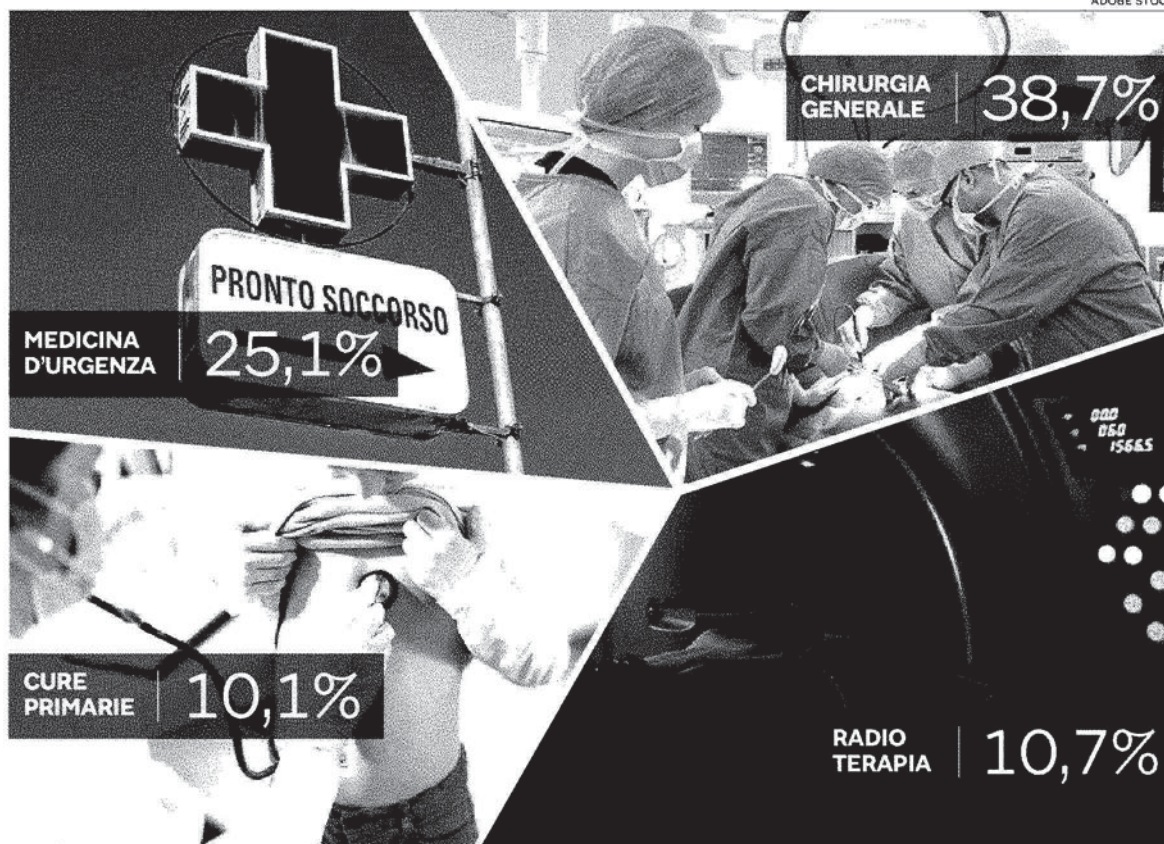
VIAGGI D'AUTORE Affinati / Boio / De Luca / Revasi Rondoli / Sapienza LUOGHI INFINITI

I giovani medici sempre più in fuga

Marzio Bartoloni — a pag. 26

SALUTE 24. LE DOMANDE SUL TOTALE DI QUELLE DISPONIBILI NELLE SPECIALITÀ MENO RICHIESTE

ADOBE STOCK



Le criticità in corsia. Tasso di copertura delle borse di specializzazione medica

Dalla chirurgia al pronto soccorso: giovani medici sempre più in fuga

Medicina. Oggi la prova per 15mila borse di specializzazione, ma un terzo dei posti rischia di restare vuoto. Boom di richieste per chirurgia plastica, dermatologia o ginecologia dove è più facile fare attività privata

Marzio Bartoloni

Diventare chirurgo o salvare vite in pronto soccorso non è più il sogno nel cassetto di chi ambisce a indossare il camice bianco. Così come fare l'anestesista, il radioterapista, l'anomopatologo, il microbiologo o il virologo o anche il farmacologo o lavorare nelle cure primarie. Molto più attraente sembra la carriera di chirurgo plastico, ginecologo, dermatologo

o cardiologo dove l'overbooking di richieste dei giovani camici sembra legata anche alla possibilità di fare più facilmente l'attività privata e dunque guadagnare di più. Così almeno raccontano i numeri che fotografano il percorso di chi, dopo la laurea in Medicina, decide di intraprendere la strada obbligata della specializzazione. Proprio oggi infatti migliaia di giovani medici freschi di laurea partecipano in tutta Italia alla prova di selezione na-

zionale - un quiz di 140 domande da completare in tre ore e mezza - per entrare in una delle 51 scuole di specializzazione (per 1429 sedi) che li farà diventare camici bianchi a tutti gli effetti. In palio ci sono circa 15mila borse di



specializzazione (il numero esatto si saprà solo a settembre), ma come è già accaduto l'anno scorso almeno un terzo dei posti - circa 5 mila - rischiano di restare deserti con un spreco di risorse e soprattutto con lo spettro di non riuscire a trovare più in ospedale alcune tipologie di medico.

La carenza di camici bianchi di cui si parla tanto non è infatti generalizzata, ma riguarda alcune specialità da cui da alcuni anni sembrano fuggire i giovani medici che per specializzarsi decidono di non iscriversi più a certi corsi come mostra il dato dei posti scoperti: «Il livello di copertura totale è passato dal 89,2% dell'anno accademico 2016/17 al 64,7% del 2022/23, a indicare un trend decrescente preoccupante. Tra le scuole con le maggiori criticità, spiccano in particolare quelle dell'area chirurgica e dei servizi clinici», avverte nel suo recente rapporto sulla formazione medica l'Anvur, l'Agenzia nazionale per la valutazione del sistema universitario e della ricerca. E così a esempio su 718 posti disponibili l'anno scorso per Chirurgia generale ne sono stati coperti solo 278 (il 38,7%), oppure delle 898 borse per la scuola di emergenza urgenza (quella che forma i medici per il pronto soccorso) ne sono state utilizzate dagli specializzandi solo 225 (il 25,1%). Male anche una branca importante come

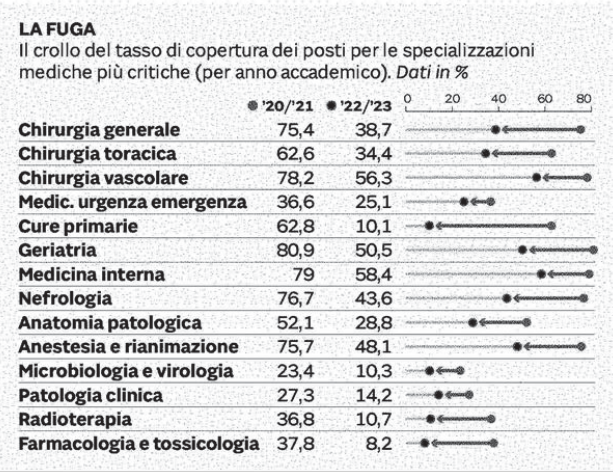
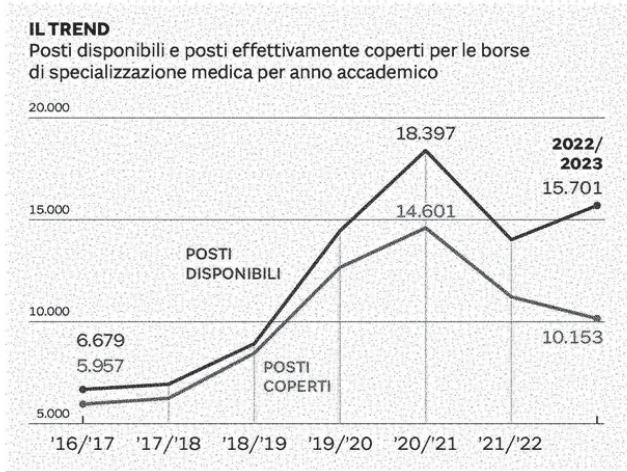
anestesia e rianimazione con solo 753 posti coperti a fronte di 1567 borse di specializzazione (48,1%). Le peggiori performance - anche se qui i posti sono di meno - riguardano specialità come la medicina delle cure primarie (solo il 10,1% i posti coperti l'anno scorso), radioterapia (10,7%) oppure farmacologia e tossicologia (8,2%). Al contrario fanno il pieno specialità come chirurgia plastica (135 posti su 136), oftalmologia (253 su 258), dermatologia (156 su 157) e ginecologia e ostetricia (510 su 567). Un trend questo che rischia di ripetersi anche quest'anno quando da settembre cominceranno a scorrere le graduatorie per entrare nelle varie scuole dopo il concorso di oggi che dovrà tenere conto delle preferenze dei giovani medici: «E' praticamente certo che si ripeterà questo fenomeno con un numero simile di contratti che andranno persi. Per due motivi: innanzitutto le specialità non sono attrattive perché gli specializzandi non sono inquadrati come professionisti ma come studenti», avverte Giammaria Liuzzi responsabile di Anaa giovani che ricorda anche come uno specializzando riceve dalla borsa circa 1700 euro mensili e per questo «serve una svolta come l'introduzione di un vero contratto di formazione» «E poi come è evidente dai numeri molti giovani preferisco-

no scegliere quelle specialità che aprono la porta all'attività libero professionale ambulatoriale oppure al privato con maggiori guadagni rispetto al lavoro nel Ssn che soffre di un sottofinanziamento cronico». A chiedere un cambio di passo è anche la stessa Anvur: «Queste cifre indicano una situazione di emergenza nel sistema di reclutamento delle scuole di specializzazione. Il calo costante dei tassi di copertura potrebbe, infatti, compromettere la capacità del sistema sanitario di rispondere adeguatamente alle esigenze del Ssn. È evidente la necessità di adottare misure urgenti per migliorare le condizioni di lavoro, aumentare i finanziamenti e incentivare la scelta di queste specializzazioni tra i giovani medici». Ascolterà presto questo nuovo disperato grido di allarme il Governo e il ministero della Salute da mesi impegnato a studiare una riforma delle specializzazione mediche?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Anvur: «Si rischia di compromettere la capacità del sistema di rispondere alle esigenze del Servizio sanitario»

La crisi delle specializzazioni mediche



«Troppo stress e stipendi bassi: più incentivi ai giovani chirurghi»

«**U**n chirurgo al primo incarico nel Ssn guadagna circa 2600 euro al mese. Troppo poco per le responsabilità e lo stress di cui si fa carico. Io che sono un professore associato e faccio anche attività assistenziale guadagno circa 3500 euro che credo non sia una somma adeguata per una figura relativamente apicale come la mia». Aldo Rocca è un chirurgo di 36 anni, docente associato all'università del Molise e da aprile scorso direttore della scuola di specializzazione in Chirurgia generale al Cardarelli di Campobasso. «Qui l'anno scorso c'erano 5 posti per specializzandi ma sono andati tutti deserti».

Perché i giovani fuggono da una professione prestigiosa come quella del chirurgo?

Credo sia anche un problema della società attuale che riguarda altre importanti professioni che hanno un forte impatto sulla qualità di vita. La chirurgia è un lavoro fisico stressante e pieno di responsabilità che si è complicato

negli ultimi 30 anni perché ora c'è molta tecnologia: un chirurgo deve sapere operare anche in laparoscopia o con la robotica oltre ad avere una formazione e un approccio multidisciplinare. Oggi molti giovani fuggono questo carico: per questo bisogna intervenire sulle loro prospettive.

Cioè?

I giovani medici, penso al chirurgo plastico o al cardiologo o al dermatologo, che hanno in prospettiva maggiori possibilità di fare attività privata possono pensare a un mutuo e a una famiglia. Il punto di caduta di un chirurgo è invece la sala operatoria dietro alla quale ci sono tecnologie e investimenti e quindi il lavoro è soprattutto in ospedale pubblico.

Cosa serve quindi?

Credo che in medicina l'uno vale uno oggi non è più accettabile. Se vogliamo salvare alcune specialità mediche bisogna fare un investimento già dai giovani che si stanno specializzando. Se un giovane fa il chirurgo o lavora in emergenza urgenza deve avere

una borsa maggiorata, almeno 2500 euro, mentre se fa specialità con ricadute future maggiori nell'attività privata può mantenersi quella più bassa.

E poi?

Anche dopo la specializzazione vanno pensati incentivi per queste categorie di medici più penalizzate che spesso hanno a che fare anche con lo stress delle cause. Va infine evitata che la Sanità sia spaccata tra grandi centri e periferie emarginate. Dobbiamo ridare speranza e importanza anche al chirurgo di paese oggi trattato quasi come un bracciante del cartellino.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intervista Aldo Rocca

Chirurgo e professore associato



Il mondo cerca infermieri: carenza di 34 mln al 2030

Entro il 2030 ci sarà una carenza di 34 milioni di infermieri nel mondo. Un grave deficit per una categoria che rappresenta il 60% della forza lavoro del sistema sanitario mondiale. A dettare i numeri è Antonio De Palma, presidente nazionale Nursing up, il sindacato che da anni (insieme alle altre realtà del comparto) denuncia le carenze infermieristiche in Italia. «Gli infermieri», le sue parole, «sono oggi il 60% della forza lavoro del sistema sanitario mondiale: 27,9 milioni di professionisti, 4,7 milioni in più nel periodo 2013-2018 rispetto al quinquennio precedente. Non sono assolutamente sufficienti, però, alla luce degli obiettivi che ci siamo fissati per il 2030, circa la copertura sanitaria universale, e non sono nemmeno ben distribuiti». A pesare, «più di qualsiasi altra carenza», oltre a quella degli organici, è «l'enorme divario retributivo» rispetto alla dirigenza medica. «Sembra paradossale, ma è così», continua ancora De Palma. «Siamo i professionisti di cui il mondo sanitario ha numericamente più bisogno, dalle cui competenze dipende, ma navighiamo in un abisso di ingiustificate iniquità e sperequazioni a cui le politiche non hanno saputo e voluto porre

alcun rimedio». Per quanto riguarda l'Italia, spiega ancora De Palma, lo State of the World's Nursing parlava di 332.182 infermieri professionali nel 2017, il 47% di tutta la forza lavoro sanitaria, per un totale di una media di 12.117 nuovi laureati l'anno. «Nel nostro Paese oggi, rispetto ad allora, secondo i dati comunicati dal ministero della salute e dal conto annuale della Ragioneria generale dello stato, sono attivi 398.000 infermieri così composti: 279.837 sono dipendenti del Servizio sanitario nazionale a tempo indeterminato, a cui si aggiungono tra gli infermieri il 90% circa dei 638 dirigenti delle professioni sanitarie, per un totale di 280.411 unità dipendenti, di cui 21.746 sono a tempo determinato». Gli altri operano come dipendenti di strutture private e private accreditate o in altri enti (compresi gli infermieri militari). Gli infermieri liberi professionisti, titolari di partita iva sono poco più di 21 mila.

— © Riproduzione riservata —



La Sanità è in debito d'ossigeno Cercasi infermieri in tutto il mondo

Per l'Onu nel 2030 mancheranno 34 milioni di operatori
L'Italia spicca tra i Paesi dell'Unione europea messi peggio

di FRANCO PIGNA

Antonio De Palma, Presidente Nazionale del Nursing Up, lo dice molto chiaramente: "Gli infermieri sono oggi il 60% della forza lavoro del sistema sanitario mondiale, un dato incontrovertibile e significativo come pochi: 27,9 milioni di professionisti, 4,7 milioni in più nel periodo 2013-2018 rispetto al quinquennio precedente. Nella sanità, però, quest'ultimi non sono assolutamente sufficienti alla luce degli obiettivi che ci siamo fissati per il 2030, circa la copertura sanitaria universale, e non sono nemmeno ben distribuiti". "A pesare, più di qualsiasi altra carenza, oltre a quella degli organici, è l'enorme divario retributivo rispetto alla dirigenza medica. Noi del Nursing Up lo denunciamo da anni. Sembra paradossale, ma è così: siamo i professionisti di cui il mondo sanitario ha numericamente più bisogno, dalle cui competenze dipende, come un sottilissimo ago della bilancia, l'equilibrio della sanità globale, ma navighiamo in un abisso di ingiustificate iniquità e sperequazioni a cui le politiche non hanno saputo e voluto porre alcun rimedio". "A tutto questo si aggiunge la scarsa tutela della nostra incolumità psico-fisica. Siamo sempre più soggetti a piaghe come turni massacranti e aggressioni. Non è un caso che nel mondo ad ammalarsi di più, sul luogo di lavoro, nelle realtà sanitarie pubbliche, con un'escalation di patologie fisiche e psichiche che poi di fatto inficiano la qualità della nostra attività, sono più di tutti gli altri, gli infermieri", dice ancora De Palma.

ITALIA FANALINO DI CODA DELL'UE
Solo poco più di un terzo dei paesi (37%),

secondo il report delle Nazioni Unite, ha segnalato concrete misure in atto per prevenire la violenza contro gli operatori sanitari. Solo 82 paesi su 115 (71%) hanno riferito di avere una posizione di leadership infermieristica nazionale con la responsabilità di fornire solidi contributi alla crescita della professione. E in Italia? Il profilo dell'Italia dello State of the World's Nursing parlava di 332.182 infermieri professionali nel 2017, il 47% di tutta la forza lavoro sanitaria, per un totale di una media di 12.117 nuovi laureati l'anno. In Italia, oggi, rispetto ad allora, nel 2024, secondo i dati comunicati dal Ministero della Salute e dal conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato, sono attivi 398.000 infermieri così composti: 279.837 sono dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale a tempo indeterminato, a cui si aggiungono tra gli infermieri il 90% circa dei 638 dirigenti delle professioni sanitarie, per un totale di 280.411 unità dipendenti; 21.746 sono a tempo determinato. Gli altri operano come dipendenti di strutture private e private accreditate o in altri enti (compresi gli infermieri militari). Gli infermieri liberi professionisti, titolari di partita IVA, sono 21.003. In parole povere, in 7 anni abbiamo fatto registrare un aumento di poco più di 60mila infermieri, non si può certo definire un grande passo in avanti! I laureati, udite udite, sono tragicamente calati, arrivando a una media oggi di 11.436, rispetto ai 12.117 del 2017.

SEMPRE PEGGIO

Dati più dettagliati, e altrettanto poco confortanti, provengono dal Rapporto OASI di CERGAS-Bocconi,

basato sui dati OCSE. Nel 2017 in Italia si contavano 5,6 infermieri per 1.000 abitanti, mentre ora siamo a una media di 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti. Pur essendo cresciuto il numero di infermieri, quella degli altri Paesi europei è aumentata molto di più attestandosi all'8,8. Secondo il report, il gap con le altre nazioni, in fatto di numero di infermieri, con i nostri organici sempre e costantemente ridotti all'osso, è quindi aumentato, superando i due punti di media di differenza. "Tra le 10 proposte delle Nazioni Unite ce ne sono in particolare due che mi preme sottolineare, più delle altre, come improrogabili per il benessere della collettività, obiettivo a cui tutti dobbiamo puntare", dice ancora De Palma. "Potenziare economicamente e contrattualmente il ruolo dell'infermiere nelle strutture di leadership e di governance sanitaria, anche con appositi programmi di istruzione: l'infermiere non può più essere soltanto un operatore, non lo è di fatto come titolo di studio e percorsi successivi di specializzazione di cui è sempre più protagonista, non lo è come competenze, non lo è come qualità umane, non lo è come elevate responsabilità a cui è capace di adempiere giorno dopo giorno".

Dato allarmante

Secondo le Nazioni Unite nei nostri ospedali ci sono 6,2 assistenti sanitari per mille abitanti
La media Ue è 8,8



22 lug
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Enpapi: Cassazione conferma legittimità Tribunale ordinario su procedimento civile verso ex amministratori. Il presidente Baldini: «Rigettato tentativo di spostare giudizio su Corte dei Conti»

La Corte Suprema di Cassazione ha attribuito al Giudice Civile la competenza di giudizio nei confronti di 92 soggetti privati (oltre ai componenti degli organi sociali, i privati corruttori e le società loro riferibili operanti quali prestanomi) verso i quali il 29 luglio 2021 Enpapi, l'Ente nazionale di previdenza e assistenza della professione infermieristica, aveva avviato un procedimento civile, chiedendo di accertare la responsabilità riguardo ai comportamenti illeciti posti in essere a suo danno e un risarcimento di circa 200 milioni di euro.

«Siamo soddisfatti della decisione della Corte di Cassazione - ha commentato il presidente di Enpapi, Luigi Baldini, riconfermato di recente alla guida dell'Ente per il quadriennio 2024-2028 - che ha accolto il nostro ricorso, nel quale evidenziavamo l'ammissibilità della giurisdizione civile rispetto a quanto sostenuto dagli ex amministratori di Enpapi, che invece avevano sollevato innanzi al Tribunale Ordinario la questione di competenza giurisdizionale, indicando la Corte dei Conti come unico organo idoneo a



emettere il giudizio».

Il ricorso per regolamento di giurisdizione è stato considerato fondato e valido in quanto il «regolamento preventivo di giurisdizione può essere proposto anche dallo stesso soggetto che ha proposto il giudizio di merito sussistendo, in presenza di ragionevoli dubbi sui limiti esterni della giurisdizione del giudice adito, un interesse concreto ed immediato alla risoluzione della questione da parte delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, in via definitiva ed immodificabile, per evitare che la sua risoluzione in sede di merito possa incorrere in successive modifiche nel corso del giudizio, ritardando la definizione della causa».

L'ordinanza emessa dalla Cassazione è giunta a conclusione dell'esame degli atti che Enpapi, fondazione di diritto privato, ha depositato per ottenere l'accertamento della responsabilità degli organi di amministrazione e di controllo in merito al dissesto economico dell'Ente e il risarcimento del conseguente danno patrimoniale. Una procedura simile a quella prevista dalla legge fallimentare applicata alle società di capitali private per il caso di tracollo economico-finanziario.

È stato ribadito, ha precisato Baldini, «quanto stabilito dall'articolo 103 della Costituzione in merito al ruolo della Corte dei Conti quale giudice naturale della tutela degli interessi pubblici e della tutela da danni pubblici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 lug
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Enpam, attivato servizio di deleghe online per professionisti e persone di fiducia

L'Enpam ha attivato un servizio di deleghe online per permettere a commercialisti, consulenti del lavoro e altri professionisti di agire per conto dei loro clienti medici e odontoiatri. La delega può essere conferita anche a persone di fiducia (ad esempio i familiari). “Una novità introdotta con il servizio di delega per i servizi online - spiega una nota - che punta a semplificare la gestione degli adempimenti, delle scadenze contributive e la presentazione delle domande di accesso alle prestazioni”.

“Quest’evoluzione dei servizi online, oltre ad essere un vantaggio per gli iscritti Enpam, faciliterà anche il lavoro di commercialisti, consulenti del lavoro e degli altri professionisti di fiducia”, sottolinea **Alberto Oliveti**, che oltre ad essere il presidente della Cassa dei medici presiede anche l’Adepp, l’associazione degli enti di previdenza dei professionisti.

Dovrà comunque essere il medico o l’odontoiatra stesso ad attivare il servizio entrando nella propria area riservata e indicando il codice fiscale della persona che vuole delegare. La delega dovrà poi essere accettata in maniera espressa dal professionista o dalla persona di fiducia indicata. Ciascun medico o dentista potrà delegare fino a un massimo di tre persone fisiche. Ciascun delegato entrerà nell’area riservata Enpam con il proprio Spid personale o carta d’identità elettronica (Cie).

L’iscritto potrà scegliere se delegare tutte le funzionalità o solo alcune e



potrà specificare se vuole concedere solo la visualizzazione e stampa dei dati presenti nell'area riservata o anche la gestione degli adempimenti (es: la possibilità di inserire domande, fare dichiarazioni, chiedere modifiche). La delega dura due anni, al termine dei quali verrà richiesto di esprimere una conferma se si intende rinnovarla. Il servizio è comunque revocabile in qualsiasi momento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 lug
2024

SENTENZE

S
24

Suicidio assistito/ La Corte Costituzionale torna sulla fragile definizione di sostegno vitale

di Paola Ferrari *

PDF [La sentenza 135/2024 della Corte costituzionale](#)

Nella perdurante assenza di una legge che regoli la materia, i requisiti per l'accesso al suicidio assistito, previsto e punito dall'art. 580 del codice penale, restano quelli stabiliti dalla sentenza n. 242 del 2019, compresa la dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale, il cui significato deve però essere correttamente interpretato in conformità alla ratio sottostante a quella sentenza.

Tutti questi i requisiti:

- (a) irreversibilità della patologia,
- (b) presenza di sofferenze fisiche o psicologiche, che il paziente reputa intollerabili,
- (c) dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale,
- (d) capacità del paziente di prendere decisioni libere e consapevoli.

Sempre che – a tutela dei soggetti deboli e vulnerabili – le condizioni e le modalità di esecuzione della procedura siano state verificate, nell'ambito



della «procedura medicalizzata» di cui alla legge n. 219 del 2017, da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

Questa è la massima della sentenza della Corte Costituzionale che ha respinto le questioni sollevate dal Gip di Firenze, contenuta nella sentenza n. 135 del 18 Luglio, nella quale vengono richiamate numerose pronunce di giudizi sul medesimo tema rese in ambito europeo ed internazionale.

Al riguardo, occorre qui sottolineare come compito di questa Corte, prosegue la sentenza in altro punto, “non sia quello di sostituirsi al legislatore nella individuazione del punto di equilibrio in astratto più appropriato tra il diritto all’autodeterminazione di ciascun individuo sulla propria esistenza e le contrapposte istanze di tutela della vita umana, sua e dei terzi; bensì, soltanto, quello di fissare il limite minimo, costituzionalmente imposto alla luce del quadro legislativo oggetto di scrutinio, della tutela di ciascuno di questi principi, restando poi ferma la possibilità per il legislatore di individuare soluzioni che assicurino all’uno o all’altro una tutela più intensa. Rispetto a tale nozione, non possono non valere le considerazioni già svolte, circa la sua necessaria sottoposizione a un bilanciamento a fronte del contrapposto dovere di tutela della vita umana; bilanciamento nell’operare il quale il legislatore deve poter disporre, ad avviso di questa Corte, di un significativo margine di apprezzamento”.

Parimente, deve essere confermato lo stringente appello, proseguono i giudici costituzionali, già contenuto nella sentenza n. 242 del 2019 affinché, sull’intero territorio nazionale, sia garantito a tutti i pazienti, inclusi quelli che si trovano nelle condizioni per essere ammessi alla procedura di suicidio assistito, una effettiva possibilità di accesso alle cure palliative appropriate per controllare la loro sofferenza, secondo quanto previsto dalla legge n. 38 del 2010.

Come sottolineato da questa Corte sin dall’ordinanza n. 207 del 2018, occorre infatti in ogni caso assicurare, anche attraverso la previsione delle necessarie coperture dei fabbisogni finanziari, che “l’opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza – in accordo con l’impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010 – sì da porlo in condizione di vivere con intensità e in modo dignitoso la parte restante della propria esistenza”.

Nel rigetto si è, però, a lungo soffermata a lungo sulla definizione di sostegno vitale in una situazione giuridica che, ad avviso di chi scrive, ricorda molto il caso paradigmatico di Eluana Englaro.

I fatti

Il Giudizio di Firenze vede protagonista, ancora una volta, Marco Cappato noto attivista dell'Associazione Coscioni, che accompagnò una paziente in Svizzera per sottoporsi al suicidio assistito.

Al malato fu diagnosticata nel 2017 la sclerosi multipla, patologia del sistema nervoso centrale che provoca una progressiva invalidità del paziente. Dopo l'esordio dei primi sintomi lievi, il quadro clinico era rimasto stazionario per alcuni anni, sino a che, sul finire del 2021, si era avuto un significativo e rapido peggioramento delle condizioni di vita.

Il paziente aveva dapprima manifestato difficoltà nella deambulazione, poi aveva avuto bisogno della sedia a rotelle e già ad aprile 2022 era rimasto definitivamente impossibilitato a muoversi dal letto, con pressoché totale immobilizzazione anche degli arti superiori, salva una residua capacità di utilizzazione del braccio destro.

La sclerosi multipla era non suscettibile di guarigione e pativa sofferenze psicologiche che lui stesso reputava insostenibili, non tollerando più di trovarsi "ingabbiato con la mente sana in un corpo che non funziona", in quella che, nel suo apprezzamento, "non era più una vita dignitosa".

Secondo quanto dichiarato dal padre, nel 2021 il paziente aveva iniziato a maturare il proposito di porre fine alla sua vita, per ragioni legate alla patologia di cui soffriva. Tramite ricerche svolte in autonomia su internet, era venuto a conoscenza dell'esistenza di associazioni che offrivano supporto ai pazienti interessati ad accedere alla procedura di suicidio assistito all'estero, e in questo modo era entrato in contatto con l'associazione sopra indicata.

Nel 2022, il paziente fu accompagnato da Marco Cappato e due volontari in Svizzera presso una struttura dove si svolsero "colloqui e visite con diversi medici, al fine di verificare la sussistenza dei presupposti per l'accesso alla procedura in termini compatibili con la legge elvetica". Il paziente aveva avuto la possibilità di confrontarsi anche con i familiari giunti fin lì, resistendo ai loro tentativi di dissuaderlo dal proposito di darsi la morte.

La procedura si era conclusa l'8 dicembre 2022 quando il paziente, assistito dal padre, dalla sorella e degli indagati aveva confermato definitivamente la sua volontà e, utilizzando il braccio che ancora poteva controllare, aveva assunto per via orale un farmaco letale, spirando dopo pochi minuti.

La fragile definizione di sostegno vitale

Nella fattispecie oggetto della sentenza, non si è di fronte a un paziente sostenuto da dispositivi medici che gli permettono la vita ma di una malattia degenerativa che gli ha tolto l'autosufficienza e lo obbligano ad essere dipendente da terze persone.

Il paziente con sclerosi multipla può vivere molti anni anche in assenza di sostegni vitali ma non può decidere di porre fine alla sofferenza in quanto il supporto assistenziale continuo non è, attualmente, definito come sostegno vitale.

Tutte le parti del giudizio concordano sul fatto che nel nostro ordinamento manchi una definizione normativa o medico-sanitaria della nozione di «trattamento di sostegno vitale».

L'unico riferimento normativo si rileva nella legge n. 219 del 2017, che, nell'individuare i trattamenti, anche di sostegno vitale, cui il malato può rinunciare o che può rifiutare, vi include – con indicazione chiaramente non tassativa – la nutrizione e l'idratazione artificiale.

In sintesi, si è soliti definire il sostegno vitale come qualsiasi terapia o macchinario medico che supporti o sostituisca una funzione corporea necessaria.

Alcuni sono facilmente definibili (es. ventilazione meccanica, rianimazione cardiopolmonare, dialisi), per altre ci sono voluti anni di battaglie giudiziarie come, per esempio, la somministrazione di nutrizione tramite sondino o via endovenosa che ebbe la consacrazione come tale ad opera della Cass., sez. I, 16.10.2007, n. 21478 resa nel caso di Eluana Englaro. È questa la domanda ai quali i giudici penali dovranno rispondere. Esito tutt'altro che scontato dal momento che questa vicenda si svolge dopo la sentenza n. 242 del 2019 e non risulta che fosse stato seguito l'iter proposto dalla Corte Costituzionale.

È opportuno segnalare, inoltre, che in data 20 giugno 2024 il Comitato Nazionale per la Bioetica ha adottato un parere, pubblicato il 1 luglio (<https://bioetica.governo.it/media/titposf3/risposta-tsv-rev-2-luglio-2024-finale.pdf>) in risposta al quesito del Cet Umbria sui trattamenti di sostegno vitale secondo il quale, dopo avere dato atto che sulla definizione con c'è consenso, devono definirsi tali quelli:

a) Finalità: sono indirizzati alla risposta a condizioni che mettono a rischio la vita, in un arco di tempo breve o addirittura brevissimo (quando si tratta non di un semplice “sostegno”, ma di una vera e propria “sostituzione” di una funzione vitale che l'organismo è ormai del tutto incapace di assicurare autonomamente).

b) Intensità: i trattamenti di sostegno vitale impiegano spesso tecnologie avanzate e procedure specialistiche, e possono implicare una forte invasività e continuità nel tempo. Non vanno confusi con un trattamento o un farmaco salvavita (per esempio l'adrenalina per lo shock anafilattico).

c) Sospensione: la sospensione di un trattamento provoca conseguenze fatali immediate o comunque rapide, in relazione al tipo di trattamento e alle condizioni cliniche del paziente.

Alcuni componenti del Cnb (diciannove) hanno ritenuto che i trattamenti di sostegno vitale debbano costituire una vera e propria sostituzione delle funzioni vitali, e che la loro sospensione debba comportare la morte del paziente in tempi molto brevi. Altri (cinque) pensano che il “sostegno” possa avvenire anche tramite piani di assistenza complessi, e che l'impatto sull'individuo e la sua percezione personale siano rilevanti.

L'assistenza è cura? Il concetto di autodeterminazione terapeutica

La questione formulata muove, da una nozione diversa, e più ampia, di “autodeterminazione terapeutica”, afferma la Corte, ed è “pienamente consapevole della intensa sofferenza e prostrazione sperimentata da chi, affetto da anni da patologie degenerative del sistema nervoso, e giunto ormai a uno stato avanzato della malattia, associato alla quasi totale immobilità e conseguente dipendenza dall'assistenza di terze persone per le necessità più basilari della vita quotidiana, viva questa situazione come intollerabile”.

In effetti, afferma la Corte Costituzionale: “Il diritto a rifiutare il trattamento medico è nato e si è consolidato nella giurisprudenza italiana – costituzionale, civile e penale – da un lato come diritto al consenso informato del paziente rispetto alle proposte terapeutiche del medico; dall'altro, specularmente, come diritto a rifiutare le terapie medesime. Sotto quest'ultimo profilo, il diritto in questione è intimamente legato alla tutela della dimensione corporea della persona contro ogni ingerenza esterna non previamente consentita, e dunque – in definitiva – alla tutela dell'integrità fisica della persona.

Esso si caratterizza, dunque, primariamente come libertà 'negativa' del paziente a non subire interventi indesiderati sul corpo e nel corpo, anche laddove tali interventi abbiano lo scopo di tutelare la sua salute o la sua stessa vita”.

Il diritto fondamentale scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., insegna la sentenza, “di fronte al quale questa Corte ha ritenuto non giustificabile sul piano costituzionale un divieto assoluto di aiuto al suicidio, comprende anche – prima ancora del diritto a interrompere i trattamenti sanitari in corso, benché necessari alla sopravvivenza – quello di rifiutare ab origine l'attivazione dei trattamenti stessi. Dal punto di vista costituzionale, non vi può essere, dunque, distinzione tra la situazione del paziente già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, di cui può pretendere l'interruzione, e quella del paziente che, per sopravvivere, necessita, in base a valutazione medica, dell'attivazione di simili trattamenti, che però può rifiutare: nell'uno e nell'altro caso, la Costituzione e, in ossequio ad essa, la legge ordinaria (art. 1, comma 5, della legge n. 219 del 2017) riconoscono al malato il diritto di scegliere di congedarsi dalla vita con effetti vincolanti nei confronti dei terzi”.

Non c'è dubbio, pertanto, che i principi affermati nella sentenza n. 242 del 2019 valgano per entrambe le ipotesi. Prosegue: “sarebbe, del resto, paradossale che il paziente debba accettare di sottoporsi a trattamenti di sostegno vitale solo per interromperli quanto prima, essendo la sua volontà quella di accedere al suicidio assistito”.

Ora, questa Corte non è affatto insensibile alla nozione “soggettiva” di dignità, si legge in un altro punto, “tuttavia, non può non rilevarsi che questa

nozione di dignità finisce in effetti per coincidere con quella di autodeterminazione della persona, la quale a sua volta evoca l'idea secondo cui ciascun individuo debba poter compiere da sé le scelte fondamentali che concernono la propria esistenza, incluse quelle che concernono la propria morte”.

Come si è più volte rammentato il paziente ha il diritto fondamentale di rifiutare ogni trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività. Inclusive, dunque, quelle procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario, e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma che potrebbero apprese da familiari o “caregivers” che si facciano carico dell'assistenza del paziente. Nella misura in cui tali procedure – quali, per riprendere alcuni degli esempi di cui si è discusso durante l'udienza pubblica, l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali – si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo, esse dovranno certamente essere considerate quali trattamenti di sostegno vitale, ai fini dell'applicazione dei principi statuiti dalla sentenza n. 242 del 2019.

Tutte queste procedure – proprio come l'idratazione, l'alimentazione o la ventilazione artificiali, nelle loro varie modalità di esecuzione – possono essere legittimamente rifiutate dal paziente, il quale ha già, per tal via, il diritto di esporsi a un rischio prossimo di morte, in conseguenza di questo rifiuto. In tal caso, il paziente si trova nella situazione contemplata dalla sentenza n. 242 del 2019, risultando pertanto irragionevole che il divieto penalmente sanzionato di assistenza al suicidio nei suoi confronti possa continuare ad operare.

Di cruciale rilievo appare, in questo contesto, non solo l'esistenza di una patologia incurabile e la permanenza di condizioni di piena capacità del paziente – evidentemente incompatibili con una sua eventuale patologia psichiatrica –, ma anche la presenza di sofferenze intollerabili (e non controllabili attraverso appropriate terapie palliative), di natura fisica o comunque derivanti dalla situazione complessiva di intensa “sofferenza esistenziale” che si può presentare, in particolare, negli stati avanzati delle patologie neurodegenerative.

Il caso porta alla memoria un passaggio incluso nella Sentenza del Consiglio di Stato sezione III, 2 settembre 2014, n. 4460 che pose fine al Caso Englaro, che definì il concetto di cura: “cura non è ciò che l'Amministrazione ritiene di proporre o imporre al paziente, in una visione autoritativa di salute che coincida solo con il principio di beneficalità - poiché è la cura a doversi adattare, nei limiti in cui ciò sia scientificamente possibile, ai bisogni del

singolo malato e non il singolo malato a un astratto e monolitico concetto di cura - ma il contenuto, concreto e dinamico, dell'itinerario umano, prima ancor che curativo, che il malato ha deciso di costruire, nell'alleanza terapeutica con il medico e secondo scienza e coscienza di questo, per il proprio benessere psico-fisico, anche se tale benessere, finale e transeunte, dovesse preludere alla morte.

Opzione curativa, strategia terapeutica e cura sono anche, in questo senso, il diritto e la possibilità di interrompere il trattamento sanitario, già intrapreso e non più voluto o tollerato; la decisione di vivere sul proprio corpo la propria malattia al di là o al di fuori di un pregresso o anche di un qualsivoglia percorso terapeutico; la scelta consapevole e informata, per quanto tragica, di accettare serenamente, anche solo lenendo l'acuirsi della sofferenza, la progressione inarrestabile del male fisico sino alla morte; l'applicazione delle fondamentali cure palliative, ora disciplinate dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, e non a caso collocate dall'articolo 1 di tale legge, con una previsione che ha un indubbio valore sistematico, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, e la cosiddetta terapia del dolore, l'accompagnamento del paziente nella fase terminale della malattia". Insomma, il paziente non ha diritto al suicidio assistito ma a quello di essere liberato da una vita dolorosa e sospesa.

** Avvocato*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sospesi tra sentenze e (vuoti di) legge: quale diritto dovrà regolare il fine vita?

L'ANALISI

La Corte costituzionale raccomanda la necessità di un intervento del legislatore che possa riempire i “vuoti” inevitabili presenti nella regolamentazione delle condizioni procedurali fissate dalla sentenza n. 242/2019 e garantire le persone, evitando pressioni sociali indirette.

LORENZO D'AVACK
AVVOCATO

Sospesi tra sentenze e (vuoti di) legge: quale diritto dovrà regolare il fine vita?

LORENZO D'AVACK

La Corte costituzionale nell'ordinanza 207/2018, nella sentenza 42/2019 e ora nella sentenza n. 135, preceduta dal Comunicato del 18 luglio 2024, raccomanda la necessità di un intervento del legislatore che possa riempire i “vuoti” inevitabili presenti nella regolamentazione delle condizioni procedurali fissate dalla sentenza n. 242/2019 e garantire le persone, evitando pressioni sociali indirette che possono indurre i più fragili e vulnerabili a farsi da parte. Inoltre, ribadisce che “resta naturalmente in pregiudicata la necessità di un attento accertamento, da parte del “giudice penale”, di tutti i requisiti del reato compreso l'elemento soggettivo (paragrafo 9)”.

Siamo dunque in una situazione che è possibile definire incerta, tra la più volte invocata legislazione e la giurisprudenza. La società è portata a domandarsi quali siano gli interventi a cui fare ricorso: leggi nella forma di regole genera-

li imperative o invece una legislazione mite di garanzia che indichi i principi generali, non negoziabili, garantiti dalla Costituzione integrata dall'intervento del giudice nella forma equitativa delle decisioni argomentate caso per caso. Tanto più che nella fattispecie dei trattamenti di sostegno vitale, come in altre situazioni della sentenza, siamo di fronte a pazienti che presentano molteplici situazioni cliniche. Nell'arco di questi anni l'aiuto al suicidio medicalizzato non si è potuto avvalere di una legislazione e pertanto è stato inevitabile l'intervento giurisprudenziale nei diversi casi critici. Tutto ciò non è un'eccezione nel nostro Paese. È frequente il richiamo ad un intervento giurispru-



denziale in sostituzione di regole legislative. I tribunali, la Corte di Cassazione, la Corte Costituzionale si sono dovuti pronunciare più volte su problemi sollevati dalle biotecnologie in questioni di inizio e di fine vita, di PMA, di contratti di maternità, esercitando il loro compito istituzionale di supplire alle condizioni di stallo e di difficoltà degli organi legislativi nell'affrontare problemi nuovi eticamente difficili per la società. Così, a fronte dell'assenza di una specifica normativa che disciplini i possibili vuoti lasciati dalla Corte, si è ricaduti in un diritto giurisprudenziale, peraltro ritenuto in questo genere di vicende bioetiche da molti preferibile a quello legislativo. Si evidenzia come la legge nella sua struttura ordinaria si presenti come scelta definitiva tra valori, ideologie, interessi in conflitto con un sacrificio definitivo di alcuni a favore di altri. La sentenza, la decisione giudiziaria, di contro, non è mai scelta definitiva, limitandosi a una fattispecie e non alla generalità dei casi ed è pur sempre suscettibile di mutamento, di ripensamento a favore della fattispecie soccombente. Tuttavia, va detto che gli interventi dei giudici nei cosiddetti

casi difficili, fintanto che non si è avuto per alcuni di questi l'intervento del legislatore (consenso informato, rifiuto delle cure salvavita, testamento biologico, procreazione medicalmente assistita, sperimentazione sugli embrioni, donazione o commercio degli organi, ecc.) non sono riusciti a creare orientamenti sufficientemente certi in grado di risolvere in modo coerente conflitti tra il rispetto della persona e il progresso della scienza, tra gli interessi individuali (tutela della persona) e gli interessi collettivi (salute pubblica). La regolamentazione di quello che è l'aiuto al suicidio medicalizzato risulterà così quale un insieme composito, fornito da parte di elementi conoscitivi fino ad un certo punto ordinati dalle disposizioni normative che lo qualificano e dall'altra da fattori valutativi. Se così stanno le cose, appare altresì legittimo domandarsi se questa tecnica, che vuole in alcuni settori la duplicazione delle fonti di diritto (legge e giurisprudenza), sia soddisfacente. In via molto generale si può ricordare che i risultati della tecnica sopramenzionata (duplicazione delle fonti di diritto) sono condizionati dalla qualità dell'amministrazione della giustizia e dall'onestà, professio-

nalità e razionalità del giudice. E per ragione del giudice deve intendersi non l'impulso emotivo dell'etica del singolo magistrato né la volontà di interpretare o correggere l'ordinamento in forza di una tavola di valori marcatamente ideologica, bensì una ragione perfezionata con mezzi artificiali attraverso un attento studio, osservazione ed esperienza, una ragione che scaturisce da una condizione di civiltà politica e giuridica.

Non si dimentichi che la legge è primariamente promulgata per regolamentare la convivenza al di fuori dei tribunali. Al contrario il processo, con i suoi riti e con tutti gli elementi imponderabili che lo caratterizzano, non ultima oggi la intelligenza artificiale, può richiedere una soluzione particolare che non deve essere una regola, anche se gli operatori del settore se ne impadroniscono troppo rapidamente per discuterla come tale.

IN ITALIA L'INTERVENTO GIURISPRUDENZIALE PER SUPPLIRE A UNA NORMA NON È L'ECCEZIONE. E PER ALCUNI, SUI TEMI ETICI, È PREFERIBILE



Dispositivi medici: «Su payback diverse criticità, ma non è illegittimo»

Il payback sui dispositivi medici «presenta di per sé diverse criticità, ma non risulta irragionevole in riferimento all'articolo 41 della Costituzione, quanto al periodo 2015-2018». Dopo mesi di grande attesa dalla Consulta arriva una inattesa mazzata per le imprese del settore biomedicale con due sentenze (la 139 e la 140) che di fatto confermano l'obbligo per le aziende a pagare metà dello sfioramento del tetto di spesa sugli acquisti di dispositivi medici almeno per il 2015-2018: si tratta di oltre un miliardo - dopo lo sconto deciso dal Governo l'anno scorso quando era scattato il diabolico meccanismo del payback - rimasto finora in sospenso anche per la pioggia di ricorsi al Tar arrivati poi sul tavolo dei giudici costituzionali. Uno tsunami per le imprese che ora guardano molto preoccupate al payback del triennio successivo 2019-2021 che potrebbe presentare un conto più salato tra 3 e 4 miliardi.

Per la Corte Costituzionale il payback «pone a carico delle imprese per tale arco temporale un contributo solidaristico, correlabile a ragioni di utilità sociale» e non risulta «sproporzionato, alla luce della significativa riduzione al 48% dell'importo originariamente posto a carico delle imprese, riduzione ora riconosciuta incondizionatamente a tutte le aziende in virtù della sentenza n.139». Che ha dichiarato incostituzionali le norme del 2023 «nella parte in cui condizionavano la riduzione dell'onere a carico delle imprese alla rinuncia, da parte delle stesse, al contenzioso»: da qui la conseguenza che a tutte le imprese fornitrici ora viene riconosciuta la riduzione dei rispettivi pagamenti al 48 per cento. In più secondo i giudici costituzionali la misura non ha natura retroattiva limitandosi - spiega la Consulta - a rendere operativo l'obbligo di ripiano a carico delle imprese fornitrici, «senza influire, in modo costituzionalmente insostenibile, sull'affidamento che le parti private riponevano

nel mantenimento del prezzo di vendita dei dispositivi medici».

Per Confindustria dispositivi medici la pronuncia di rigetto della Consulta «versa un intero comparto e tutta la filiera italiana del settore in una crisi irreversibile». Il presidente dell'associazione delle imprese del biomedicale Nicola Barni sottolinea infatti che «gran parte delle imprese non solo saranno nell'impossibilità di sostenere il saldo di quanto richiesto dalle regioni, ma saranno altresì costrette ad avviare procedure diffuse di mobilità e licenziamento, ad astenersi dalla partecipazione a gare pubbliche e, in molti casi, a interrompere completamente la propria attività in Italia». Da qui la richiesta al Governo di una «immediata convocazione e costituzione di tavoli per gestire la crisi del comparto» segnalando che con questa sentenza «non si è considerato che le imprese potrebbero non essere in grado di provvedere alle forniture con un'inevitabile ripercussione sulla capacità del sistema di garantire la tutela della salute dei pazienti». Sulla stessa scia Gennaro Broyna de Lucia, presidente di Pmi Sanità per il quale la Consulta «ha definito il payback come un contributo di solidarietà, senza però comprendere che con l'applicazione di tale dispositivo migliaia di micro, piccole e medie imprese finiranno sul lastrico con gravi ricadute sul Servizio sanitario nazionale stesso». Anche per la Federazione italiana fornitori ospedalieri (Fifo Sanità) della Confcommercio «il payback genererà una crisi senza precedenti da un punto di vista economico, occupazionale e sanitario».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SENTENZA DELLA CONSULTA

Dalle siringhe

alle Tac. Il settore dei dispositivi medici genera un mercato che vale 18,3 miliardi di euro tra export e mercato interno e conta 4.641 aziende con oltre 117mila dipendenti



PAUSA ESTIVA PER SALUTE 24.
Le pagine torneranno in edicola il 3 settembre



«IMPRESE A RISCHIO»

Per Nicola Barni presidente di Confindustria dispositivi medici la pronuncia della Consulta «versa un intero comparto e la filiera in una crisi irreversibile»



Sanità, il payback salvato dalla Consulta Guaio per le aziende: devono restituire

Le imprese che producono o distribuiscono dispositivi medici devono contribuire a ripianare i buchi della sanità, restituendo il 50% di quanto incassato dalle aziende sanitarie con il *payback*, il meccanismo messo a punto dal governo di Matteo Renzi nel 2015, con la legge 125, e poi dopo sette anni applicato dall'ex premier Mario Draghi. Quella norma, infatti, per la Corte costituzionale non è irragionevole: si tratta di un contributo solidaristico, secondo i giudici della Consulta, correlabile a ragioni di utilità sociale per assicurare la dotazione di dispositivi medici necessaria alla tutela della salute, in una situazione economico-finanziaria di grave difficoltà. La Consulta, con la sentenza 140, ha dichiarato ieri non fondate le questioni di illegittimità costituzionale sollevate dal Tar del Lazio. Le imprese - se ne contano in Italia oltre 4.600 per un totale di più di 117 mila dipendenti - dovranno restituire 2,1 miliardi per gli anni che vanno dal 2015 al 2018. I giudici, accogliendo il ricorso della Regione Campania, con la sentenza 139 hanno riconosciuto solo la riduzione del 48% che l'attuale governo aveva accordato unicamente alle imprese che rinunciavano a presentare il ricorso. Tutte le aziende ora ne potranno beneficiare e non solo quelle che non si sono rivolte al tribunale amministrativo. Una batosta per le aziende del settore, co-

stituito prevalentemente da piccole e medie imprese, non poche delle quali - secondo le associazioni di categoria - non sono in grado di affrontare le perdite generate dal *payback* e rischiano il fallimento. Tanto che molte, nell'attesa del pronunciamento, avevano già cominciato a disertare le gare pubbliche indette dalle aziende sanitarie, privilegiando il settore privato o addirittura dirigendosi all'estero, come aveva denunciato pochi giorni prima dell'udienza, a fine maggio, il presidente di Confindustria Dispositivi Medici, Nicola Barni. Una fuga che ora potrebbe diventare un esodo di massa da un mercato in cui si stanno facendo sempre più spazio i produttori asiatici, che grazie agli importatori partecipano alle gare al massimo ribasso delle aziende sanitarie, soprattutto per i dispositivi monouso. E che potrebbe compromettere l'approvvigionamento da parte delle Asl dei prodotti con maggior innovazione tecnologica. Le Regioni a partire dal 2022 avevano iniziato a battere cassa. Poi tutto era stato congelato da quasi duemila ricorsi. Ora la partita si è chiusa.

NATASCIA RONCHETTI

LA SENTENZA





22 lug
2024

SENTENZE

S
24

Consulta: il payback sui dispositivi medici presenta criticità ma è ragionevole e non sproporzionato

di Red.San.



[Il testo della pronuncia 139 sul payback dispositivi medici](#)



[Il testo della pronuncia 140 sul payback dispositivi medici](#)

“Il payback presenta di per sé diverse criticità, ma non risulta irragionevole in riferimento all’art. 41 Costituzione, quanto al periodo 2015-2018. Esso, infatti, pone a carico delle imprese per tale arco temporale un contributo solidaristico, correlabile a ragioni di utilità

sociale, al fine di assicurare la dotazione di dispositivi medici necessaria alla tutela della salute in una situazione economico finanziaria di grave difficoltà”. Lo afferma la Corte Costituzionale che ha pubblicato due sentenze (n. 139 e n. 140) sul meccanismo del payback. “Il meccanismo - sottolinea la Corte - non risulta neppure sproporzionato, alla luce della significativa riduzione al 48% dell’importo originariamente posto a carico delle imprese, riduzione ora riconosciuta incondizionatamente a tutte le aziende in virtù della sentenza n. 139”.



Le due sentenze della Corte (n. 139 e n. 140) hanno ad oggetto il meccanismo del payback, che è regolato da diverse norme di legge. La disciplina principale è contenuta nell'art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015. "Le disposizioni di questo articolo - spiega la Consulta - stabiliscono un tetto alla spesa regionale per i dispositivi medici. Se la regione supera il tetto, le imprese che forniscono i dispositivi ai Servizi sanitari regionali sono tenute a contribuire parzialmente al ripiano dello sforamento". Per gli anni dal 2015 al 2018 è espressamente prevista la procedura di determinazione dell'ammontare del ripiano a carico delle singole imprese (comma 9-bis, inserito nel 2022 nell'art. 9-ter menzionato).

Vi sono poi le norme contenute nell'art. 8 del decreto legge n. 34 del 2023. "Queste disposizioni - continua la Corte - hanno istituito un fondo statale da assegnare pro-quota alle regionali nel menzionato periodo abbiano superato il tetto di spesa. Esse hanno inoltre consentito alle imprese fornitrici dei dispositivi di versare solo il 48 % della rispettiva quota di ripiano, a condizione che rinunciassero a contestare in giudizio i provvedimenti relativi all'obbligo di pagamento".

La Corte si è occupata dapprima, su ricorso della Regione Campania, delle disposizioni del 2023 e, con sentenza n. 139, le ha dichiarate incostituzionali nella parte in cui condizionavano la riduzione dell'onere a carico delle imprese alla rinuncia, da parte delle stesse, al contenzioso. "La conseguenza - sottolinea la Corte - è che a tutte le imprese fornitrici è ora riconosciuta la riduzione dei rispettivi pagamenti al 48 per cento".

Con la successiva sentenza n. 140 la Corte, su rimessione del TAR Lazio, ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 9-ter del decreto legge n. 78 del 2015, quanto al periodo 2015-2018. La Corte ha precisato che, in relazione a tale periodo, il legislatore ha dettato una disciplina apposita per il ripiano dello sforamento dei tetti di spesa, e le regioni, con propri provvedimenti, hanno richiesto alle imprese le somme da esse dovute. La sentenza ha rilevato "che il payback presenta di per sé diverse criticità, ma non risulta irragionevole in riferimento all'art. 41 Cost., quanto al periodo 2015-2018". "Ecco, infatti - continua la Consulta - pone a carico delle imprese per tale arco temporale un contributo solidaristico, correlabile a ragioni di utilità sociale, al fine di assicurare la dotazione di dispositivi medici necessaria alla tutela della salute in una situazione economico finanziaria di grave difficoltà". Il meccanismo "non risulta neppure sproporzionato, alla luce della significativa riduzione al 48 per cento dell'importo originariamente posto a carico delle imprese, riduzione ora riconosciuta incondizionatamente a tutte le aziende in virtù della citata sentenza n. 139",

Inoltre, la Corte ha osservato che la disposizione censurata non contrasta con la riserva di legge prevista dall'art. 23 Cost. per l'imposizione di prestazioni patrimoniali. Infine, la sentenza 140 ha precisato che la disposizione censurata non ha natura retroattiva, in quanto il comma 9-bis dell'art. 9-ter, introdotto nel 2022, si è limitato a rendere operativo l'obbligo di ripiano a carico delle imprese fornitrici, senza influire, in modo costituzionalmente insostenibile, sull'affidamento che le parti private riponevano nel mantenimento del prezzo di vendita dei dispositivi medici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 lug
2024

IMPRESE E MERCATO

S
24

Confindustria dispositivi medici: applicare il payback causerà una crisi irreversibile

“La pronuncia di rigetto della Corte costituzionale sull’incostituzionalità del meccanismo del payback sui dispositivi medici versa un intero comparto e tutta la filiera italiana del settore in una crisi irreversibile”. Lo afferma Nicola Barni, presidente di Confindustria Dispositivi Medici, commentando il pronunciamento della Corte costituzionale e sottolineando che “gran parte delle imprese non solo saranno nell’impossibilità di sostenere il saldo di quanto richiesto dalle regioni, ma saranno altresì costrette ad avviare procedure diffuse di mobilità e licenziamento, ad astenersi dalla partecipazione a gare pubbliche e, in molti casi, a interrompere completamente la propria attività in Italia”. “Confindustria Dispositivi Medici - aggiunge Barni - chiede con forza al Governo l’immediata convocazione e costituzione di tavoli per gestire la crisi del comparto”. Inoltre, con questa sentenza “non si è considerato che le imprese potrebbero non essere in grado di provvedere alle forniture con un’inevitabile ripercussione sulla capacità del sistema di garantire la tutela della salute dei pazienti”.



Francesco Vaia

“Covid, la stagione degli obblighi è finita Sui vaccini decidano i cittadini”

Il direttore della prevenzione del ministero della Salute: “I contagi? Per ora nessun allarme. Ma quando arriverà l'autunno le persone anziane e fragili faranno bene a immunizzarsi”

PAOLO RUSSO
ROMA

Per Francesco Vaia, Direttore della prevenzione del ministero della Salute, la ripresa del Covid «non deve assolutamente allarmarci». «La stagione degli obblighi è finita», dice. Ma per l'autunno «è bene che anziani e fragili tornino a vaccinarsi».

C'è da preoccuparsi per questa ripresa del Covid?

«Non c'è assolutamente da allarmarsi. Il rialzo dei casi di questi giorni impone sicuramente di prestare maggiore attenzione, anzitutto attraverso il monitoraggio costante e la messa in sicurezza dei più fragili. Lo ribadiamo ancora una volta: si tratta di un virus che è debole con i forti e forte con i deboli. I giovani e gli adulti in buone condizioni di salute non corrono grandi rischi di sviluppare complicazioni. Chi è maggiormente esposto sono invece i grandi anziani, gli immunodepressi, i pazienti oncologici. Queste persone devono essere al centro della nostra attenzione e soprattutto delle campagne di comunicazione, ma anche di informazione, da parte delle Regioni».

Anziani e fragili rischi ne corrono dunque. Come li proteggiamo?

«Lo strumento della vaccinazione rimane cruciale per queste categorie di persone. Come ho sempre detto però, occorre puntare sulla libera scelta del cittadino, che deve essere correttamente infor-

mato e consapevole, anche sugli eventuali eventi avversi. Senza questa fondamentale “alleanza” non si va da nessuna parte, nessuna campagna potrà avere successo».

Non è stato imprudente togliere le mascherine da ospedali e Rsa?

«Non è stata commessa alcuna imprudenza semplicemente perché non è stato disposto di eliminare l'utilizzo di mascherine. Essendo decaduto l'obbligo di legge, il ministero ha deciso di responsabilizzare i direttori sanitari delle singole strutture raccomandando loro, con l'ultima circolare, di valutare caso per caso, a seconda dei contesti, di disporre l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie, soprattutto nei reparti e in quei contesti frequentati da pazienti particolarmente fragili».

È almeno ipotizzabile reintrodurre l'obbligo?

«L'obbligo, in particolar modo adesso, non serve. In questo momento nessuno meglio del direttore sanitario, da sempre figura protagonista e determinante nella gestione della sanità pubblica, può valutare il rischio delle singole strutture che, ovviamente e come dimostra la storia della pandemia nella sua fase acuta, non è necessariamente uguale ovunque. Abbiamo parlato prima di alleanza tra cittadini e autorità sanitarie: anche in questo caso è opportuno che si punti sulla responsabilizzazione di tutti per tutelare i nostri nonni, i genito-

ri, le persone fragili che ci sono care e di cui dobbiamo occuparci».

I vaccini non li fa più nessuno. Non sarebbe invece il caso che almeno anziani e fragili mostrassero di nuovo il braccio? E in questo caso qual è il momento migliore per farlo?

«Sicuramente le persone più a rischio, in caso di contagio, dovrebbero prevenirlo con la vaccinazione. Su quando farlo conviene invece aspettare arrivino i vaccini, aggiornati sulle ultime varianti. Il via libera lo deve dare l'Ema. Comunque non credo saranno disponibili prima dell'autunno».

Per non farsi rovinare le vacanze dal covid cosa consiglia di fare?

«Partirei dalle buone regole di igiene che abbiamo imparato durante la pandemia. Quindi igienizzare bene le mani e se siamo sintomatici sarebbe bene non frequentare i luoghi della socialità. Se invece si sta per partire per le vacanze e si sente qualche sintomo come febbre o febbricitattola, mal di gola, tosse e raffreddore o disturbi addominali, meglio starcene a casa o fare il tampone per evitare di infettare tutta la famiglia».

Alcuni suoi colleghi temono che in autunno i contagi riprenderanno a correre più



velocemente. Concorda?

«Sicuramente l'autunno, come l'inverno, è il periodo nel quale i virus respiratori hanno maggiore facilità di diffusione. Per questo è importante arrivare a quella data preparati non soltanto dal punto di vista sanitario, ma anche intervenendo su alcuni luoghi della socialità, come le scuole, attraverso l'introduzione della ventilazione meccanica controllata, e potenziando i trasporti dal punto di vista del numero e della qualità, secondo una visione d'insieme che più e più volte ab-

biamo richiamato in questi anni. Sono certo che arriveranno risposte concrete ai nostri piani di prevenzione e ai progetti che abbiamo già consegnato alle autorità competenti».

In tutto questo che fine ha fatto il piano pandemico?

«Il Piano è in via di approvazione: concludere l'iter approvativo di questo strumento è indispensabile per non farci trovare mai più impreparati. Non possiamo tornare indietro e tanto meno piangere altri morti». —



Le frasi

La ripresa del Covid
Immunodepressi
malati oncologici
e anziani devono
essere al centro
delle attenzioni

Le mascherine

L'obbligo per ora
non serve, ma sono
i singoli ospedali
a dover valutare
caso per caso

Piano pandemico

È in via di
approvazione,
indispensabile per
non farci trovare
impreparati



ANTIVIRUS



COME AFFOSSARE UN'AGENZIA UTILE

✿ ANCORA UNA VOLTA, quando la politica decide per la scienza, il risultato è deprimente. Facciamo un po' di cronistoria. Il 6 luglio 2022 *Lombardia Notizie*, organo di comunicazione della Regione omonima, pubblica "Nasce in Lombardia la prima agenzia italiana per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive. Questa nuova struttura, che avrà sede all'Ospedale Sacco di Milano, è stata presentata in conferenza stampa dal presidente della Regione e dalla vicepresidente e assessore al Welfare". Eravamo presenti alla conferenza stampa. Il presidente Fontana, che non sorride facilmente, in quell'occasione si era mostrato con il volto radio-so. L'allora assessore al Welfare, Letizia Moratti, aveva dichiarato "Sarà operativa dal 1° ottobre e potrà contare inizialmente su uno

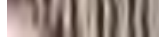
staff di 20 persone. Tra i suoi compiti vi sarà infatti anche quello di collaborare con Hera che quindi metterà in rete le agenzie dei Paesi europei". Era stata distribuita una brochure con schemi e progetti, che conserviamo come cimelio prezioso. Dopodiché, bando per la nomina del Cda e silenzio durato due anni. Arriva poi, a metà luglio, pochi giorni fa, la notizia che la Commissione Bilancio del Consiglio regionale ha abrogato l'Agenzia, ritenendola superflua data l'eccellenza dei centri di riferimento esistenti. Per intenderci è come dichiarare che abrogiamo l'Agenzia del Farmaco perché abbiamo due ottimi centri di ricerca farmaceutica. I dubbi che sorgono sono numerosi e non tutti benevoli. Quando è stata deliberata e sono stati stanziati ben 60 milioni di euro, quali parametri ave-

vano reso interessante agli occhi dell'assessore al Welfare, del presidente di Regione e della giunta tutta, l'investimento? Perché agenzie simili sono state attivate in altre regioni e la lombarda annullata? Sorge il dubbio che finita la pandemia non ci sia la necessità politica (non certo scientifica) di tranquillizzare sulla sorveglianza e sulla prevenzione o, magari, come a volte accade, sempre per motivi politici, sia accaduto che un territorio abbia perduto appeal (politico, vogliamo ripeterlo) rispetto a un altro. Aspettiamo spiegazioni, come tecnici e come cittadini.

MARIA RITA GISMONDO

*direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano*





22 lug
2024

NOTIZIE FLASH

S
24

Distrofia muscolare di Duchenne: scoperta una nuova strategia per favorire la riparazione e la rigenerazione dei tessuti

Una nuova strategia per il trattamento della Distrofia muscolare di Duchenne (Dmd) basata sugli esosomi, microvescicole in grado di favorire la riparazione e rigenerazione dei tessuti: è la nuova scoperta di un team multidisciplinare di scienziati appena pubblicata su [Nature Nanotechnology](#).

La ricerca è stata coordinata dalla Chiara Villa e dal professor Yvan Torrente del Laboratorio di cellule staminali, “Centro Dino Ferrari”, del Dipartimento di Fisiopatologia Medico Chirurgica e Trapianti dell’Università degli Studi di Milano e dell’Unità di Neurologia del Policlinico di Milano, in collaborazione con il gruppo di ricerca del professor Angelo Monguzzi del Dipartimento di Scienza dei Materiali dell’Università di Milano-Bicocca ed il gruppo del professor Domenico Aquino del Dipartimento di Neuroradiologia del Istituto Carlo Besta di Milano.

«Siamo riusciti a controllare la biodistribuzione e il targeting degli esosomi in vivo al fine di ridurre la condizione infiammatoria dei muscoli colpiti dalla Dmd», afferma Chiara Villa. Aggiunge poi: «La risoluzione dell’infiammazione nel contesto delle distrofie muscolari è una delle sfide più ardue che ricercatori e clinici cercano di risolvere».

Gli autori di questo studio, hanno sviluppato un metodo innovativo per

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



veicolare esosomi ingegnerizzati con proprietà antinfiammatorie nei muscoli distrofici. Utilizzando come vettore dei nanotubi ferromagnetici, questi esosomi possono migrare specificamente nei muscoli danneggiati tramite l'applicazione di un campo magnetico esterno dopo un'iniezione sistemica.

Le analisi quantitative a livello muscolare hanno rivelato che i macrofagi dominano l'assorbimento degli esosomi iniettati, promuovendo la rigenerazione e migliorando la performance muscolare in un modello murino di Distrofia Muscolare di Duchenne. «I nostri risultati forniscono nuove intuizioni per lo sviluppo di terapie basate su microvescicole naturali e sintetiche al fine di trattare diverse forme di malattie muscolari. In generale, evidenziano la formulazione di efficaci nanovettori funzionali mirati a ottimizzare la biodistribuzione delle microvescicole», continua Yvan Torrente.

Questa scoperta rappresenta un significativo passo avanti nel campo della medicina rigenerativa e delle terapie innovative per malattie muscolari. Il controllo preciso della biodistribuzione degli esosomi apre nuove possibilità per il trattamento non solo della Distrofia Muscolare di Duchenne, ma anche di altre patologie muscolari caratterizzate da infiammazione cronica e degenerazione tessutale. La combinazione di nanotubi ferromagnetici ed esosomi ingegnerizzati potrebbe rivoluzionare l'approccio terapeutico, offrendo speranze concrete per pazienti e famiglie affetti da queste malattie debilitanti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 lug
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Patologia digitale, dal Campus biomedico di Roma AI per la tracciabilità dei campioni istologici

di Giuseppe Perrone *

Un sistema di tracciabilità avanzato per la gestione dei campioni istologici ha posto le basi per la realizzazione del progetto Digital Pathology presso l'Unità di Anatomia patologica della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma. Una tecnologia, quella della patologia digitale, che sta innovando in modo radicale il settore perché sfrutta e combina tra loro tecnologie digitali all'avanguardia per migliorare la precisione, l'efficienza e l'accessibilità delle diagnosi anatomopatologiche. Uno dei principali vantaggi di questa tecnologia è la capacità di convertire i vetrini istologici in immagini digitali ad altissima risoluzione attraverso scanner ad alta definizione. Una volta digitalizzate, queste immagini possono essere visualizzate, analizzate e archiviate eliminando la necessità di manipolare fisicamente i campioni di tessuto.

La digitalizzazione dei vetrini permette poi un'analisi più accurata grazie all'uso di software di analisi delle immagini che, supportati dall'intelligenza artificiale (IA), possono identificare e quantificare automaticamente le caratteristiche patologiche nei campioni, come la densità cellulare, le anomalie strutturali e la presenza di biomarcatori specifici. Questi strumenti di IA non solo aumentano la precisione delle diagnosi, ma riducono anche il



tempo necessario per l'analisi, consentendo ai patologi di concentrarsi sugli aspetti più complessi e critici.

Un altro aspetto innovativo del progetto riguarda la possibilità di condivisione dei campioni da remoto. Una volta acquisiti e archiviati dal sistema, infatti, i vetrini digitali possono contribuire alla creazione di una banca di immagini patologiche accessibile da specialisti da tutto il mondo. E in tal modo viene facilitato un approccio collaborativo e interdisciplinare alla diagnosi in grado di migliorare la qualità delle cure fornite ai pazienti e consentire una formazione continua e aggiornamenti costanti per i professionisti del settore.

Inoltre, vi è un impatto significativo anche sullo sviluppo di nuove linee di ricerca, poiché la possibilità di utilizzare grandi dataset di immagini digitali facilita l'identificazione di pattern patologici e biomarcatori che potrebbero non essere evidenti attraverso l'analisi tradizionale.

Nonostante i vantaggi, la transizione verso la patologia digitale non è priva di sfide. Tra i principali ostacoli vi sono senz'altro i costi iniziali di implementazione, che includono l'adozione di un sistema di tracciabilità digitale dei campioni, l'acquisto di scanner ad alta risoluzione, software di analisi e l'infrastruttura IT necessaria per l'archiviazione e la gestione dei dati. Infine, è essenziale garantire la sicurezza e la privacy dei dati, in conformità con le normative vigenti sulla protezione dei dati sanitari.

Un altro elemento cruciale è la formazione del personale. Medici patologi e tecnici sanitari devono acquisire competenze specifiche per utilizzare con efficacia gli strumenti e interpretare i risultati forniti dall'IA. Una necessità imprescindibile che richiede programmi di formazione continua e l'adozione di un approccio flessibile per integrare le nuove tecnologie nella pratica quotidiana.

Sebbene ci siano numerose e rilevanti sfide da affrontare, i benefici potenziali rendono la patologia digitale una componente essenziale del futuro della medicina. Investire nelle tecnologie digitali e nella formazione del personale sanitario è fondamentale per sfruttare appieno le opportunità offerte da questa rivoluzione diagnostica.

** direttore dell'Unità di Anatomia patologica della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CARTE BOLLATE OCULISTI-OTTICI: GUERRA (MEDICA) SULLA VISTA

Sorbi a pagina 19



IN REGIONE LOMBARDIA

Dall'ottico per le visite La rivolta dei medici: «Proposta illegale»

Polemica su due odg di Fdi e Fi
pensati per smaltire le liste d'attesa

Maria Sorbi

■ Hanno le strumentazioni per misurare diottrie e campo visivo. Ma non sono medici. Eppure gli ottici e gli optometristi potrebbero essere elevati a oculisti e effettuare la prima visita agli occhi. Un po' come se i farmacisti si mettessero a fare diagnosi al posto dei dottori. «Se accade, siamo pronti a chiamare la polizia contro le attività illegali. E a costituirci parte civile» minaccia l'Ordine dei medici di Milano, che teme un crollo nella qualità delle cure. Perché un ottico non sarebbe in grado di individuare eventuali patologie. La proposta è contenuta nel piano sociosanitario 2024-2028 della Regione Lombardia e sta facendo discutere gli ordini professionali di tutta Italia perché potrebbe rappresentare un precedente per cambiare le regole in ogni regione. Due ordini del giorno, presentati da alcuni consiglieri di Fdi e Forza Italia, prevedono convenzioni con ottici e optometristi per le prime visite oculistiche, una mossa contro-

versa che potrebbe cambiare le modalità di accesso alle cure oftalmologiche per i cittadini. «Sia valutata la possibilità di stipulare convenzioni, anche a carattere sperimentale, con operatori qualificati, come ottici e optometristi - si legge nell'odg - per aumentare la capacità di erogazione delle prestazioni».

La proposta mira a snellire le liste d'attesa ma suscita un polverone. Le associazioni mediche degli oculisti scrivono una lettera aperta per difendere la qualità delle cure. «Un abbassamento degli standard può compromettere la salute visiva della popolazione». A rincarare la dose interviene anche l'Ordine dei medici, che sull'argomento ha convocato un Consiglio d'urgenza: «Offriamo non solo tutta la nostra solidarietà ai medici oculisti, dopo aver letto la loro lettera in cui si contesta giustamente il contenuto delle proposte presentate in Consiglio - spiega il presidente Roberto

Rossi - ma anche supporto legale e costituendosi parte civile. Su questo l'Ordine dei medici non farà sconti a nessuno, bloccando le attività illegali e chiamando le forze dell'ordine. Il contendere come al solito è la gestione delle liste d'attesa. I contenuti di queste proposte sono illegali. Ciò che preoccupa - spiega Rossi - è che dei consiglieri regionali abbiano votato degli ordini del giorno senza nemmeno porsi il problema di cosa stavano facendo. È come scrivere che, siccome ci sono pochi professori, le lezioni pos-



il Giornale

sono farle anche i bidelli. O siccome ci sono pochi piloti, gli aerei li potranno pilotare anche gli addetti ai bagagli dell'aeroporto, magari dopo un corso nel fine settimana». «Premesso che gli ordini del giorno sono ormai utili solo a dimostrare che i consiglieri fanno qualcosa, questa volta si è veramente passato il segno - tuona Rossi - Va bene essere disinvolti, ma mettere addirittura nero su bianco che si deve commettere un reato e che si impegna la Giunta a valutare di fare una delibera regionale, che consente di commettere dei reati è gravis-

simo, è una proposta di una superficialità disarmante, che viola il codice penale, che mette dei tecnici nelle condizioni di compiere un atto medico, dunque un'attività illegale».

«Non dimentichiamoci inoltre - conclude Danilo Mazzacane, oculista e referente della medicina area strategica del territorio per l'OmceoMi - che, come Ordine, tuteliamo prima di tutto la salute dei cittadini, non tanto le categorie in sè».

L'idea per il piano sanitario 2024-2028
Il presidente dell'Ordine, Rossi: «Siamo pronti a chiamare la polizia e a costituirci parte civile»



22 lug
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

La gestione dell'ipercolesterolemia e il raggiungimento degli obiettivi lipidici nei pazienti più esposti a rischio cardiovascolare: il modello della Asp di Enna

di Calogero Russo *, Stefania Saragoni **, Marco Barbanti *, Mario Giuffrida *, Paola Maria Greca *, Francesco La Tona *, Carmela Nappi **, Alessandro Ghigi **, Maria Cappuccilli **, Luca Degli Esposti **, Mario Carmelo Zappia *

Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari costituiscono la principale causa di morte in Italia: con circa 230 mila casi annui, infarti, cardiopatie, ischemie e ictus sono responsabili di circa il 36% di tutti i decessi nel nostro paese. Questo scenario allarmante ribadisce l'importanza di non abbassare la guardia su tali patologie che spesso si presentano come killer silenziosi, in ragione del fatto che i principali determinanti del rischio

cardiovascolare, quali dislipidemia, ipertensione, infiammazione cronica sono condizioni per lo più senza sintomi evidenti.

In particolare, gli ultimi dati dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco) hanno posto l'accento sulla gestione ancora insoddisfacente dell'ipercolesterolemia, documentando come ben l'80% dei pazienti dislipidemici non riesca a rientrare nei target raccomandati dalle linee guida per il colesterolo Ldl, il cosiddetto "colesterolo cattivo" che, se



presente in eccesso, tende a depositarsi sulla parete delle arterie.

Storicamente, nel trattamento dell'ipercolesterolemia le statine hanno rappresentato e rappresentano ancora l'opzione di prima linea, tuttavia in pazienti particolarmente a rischio (ad es. diabetici, nefropatici, soggetti con ipercolesterolemia familiare o con precedenti eventi cardiovascolari), è spesso necessario mettere in atto strategie più aggressive in grado di dimezzare i valori iniziali di Ldl. Se con le statine ad alta potenza cioè a dosaggio aumentato (atorvastatina 40-80 mg, rosuvastatina 20-40 mg) non vengono comunque ottenuti gli obiettivi terapeutici, altre opzioni disponibili sono le combinazioni di statine con ezetimibe e con inibitori della proproteina convertasi subtilisina/kexina di tipo 9 (PCSK9-i), fino all'acido bempedoico, ultimo trattamento orale approvato dall'Aifa "first-in-class" (ovvero con un meccanismo d'azione nuovo rispetto ai farmaci ipolipemizzanti esistenti), e al primo farmaco appartenente alla categoria degli Small Interfering Rna (siRna) approvato per il trattamento dell'ipercolesterolemia nei pazienti che non raggiungono il target.

A fronte dei progressi della ricerca farmaceutica, molti risultati sono rimasti tuttavia disattesi nel corso degli anni, in considerazione dell'assioma "the lower-the better", ovvero "più bassi livelli di Ldl, minore rischio cardiovascolare". Diverse evidenze hanno infatti dimostrato come, oltre alla quota elevata di pazienti non a target (circa 4 su 5), esista anche un notevole divario tra i valori di Ldl osservati dopo trattamento e quelli raccomandati. Se le opzioni terapeutiche innovative oggi disponibili hanno comprovato la loro efficacia nel ridurre i livelli di colesterolo Ldl, esistono dunque altri aspetti su cui convogliare l'attenzione per il miglioramento della gestione dell'ipercolesterolemia, come l'aderenza alle terapie, la consapevolezza del paziente, la comunicazione tra medico e assistito, e soprattutto il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ipolipemizzanti.

L'analisi con l'Asp di Enna. Con la finalità di definire strategie di intervento per ridurre il numero di pazienti non a target di Ldl e ottimizzare l'utilizzo della terapia ipolipemizzante, è stata condotta un'analisi retrospettiva, nata dalla collaborazione tra CliCon S.r.l. e l'Azienda sanitaria provinciale (Asp) di Enna con un'area di 170.009 assistiti nell'anno 2022 (Figura 1). Da questa popolazione, estrapolando i dati contenuti nei database amministrativi e del laboratorio analisi della Asp, sono stati identificati 8.055 (5%) soggetti con una determinazione di colesterolo Ldl nel 2022, da cui ne sono stati selezionati 2.896 che risultavano in trattamento con farmaci ipolipemizzanti nei 6 mesi precedenti l'ultima rilevazione di Ldl. Di questi sono stati poi inclusi nell'analisi 1.035 (36%) pazienti con rischio cardiovascolare molto alto e 1.618 (56%) con rischio alto. Per la classificazione del rischio cardiovascolare, è stato applicato un adattamento delle linee guida europee, precedentemente descritto dal gruppo di ricerca di CliCon, basato sul riscontro di trattamenti farmacologici e diagnosi di ricovero. Nello specifico,

la classe di rischio cardiovascolare molto alto è stata definita dalla presenza di diabete associato a malattia coronarica (precedente ricovero per ischemia cardiaca acuta e/o angioplastica coronarica cronica o infarto del miocardio) o precedente infarto del miocardio, mentre la classe di rischio cardiovascolare alto è stata definita dalla presenza di diabete, precedente ricovero per ischemia cardiaca acuta, angina pectoris, ischemia cardiaca cronica, emorragia cerebrale, occlusione dell'arteria cerebrale, ischemia cerebrale transitoria, disturbi circolatori cerebrali, aterosclerosi, altre malattie vascolari periferiche o terapia con aspirina associata a beta-bloccanti e/o Ace inibitori.

Nella fase iniziale dell'analisi, sono stati identificati i pazienti che non avevano raggiunto l'obiettivo lipidico raccomandato dalle linee guida, che sono risultati pari al 77% nella classe di rischio molto alto e al 74% in quella di rischio alto (Figura 1), essenzialmente in linea con quanto riportato dall'Anmco. Tali pazienti non a target, grazie alla fattiva collaborazione tra le Uoc Cure primarie e farmacia territoriale, sono stati quindi segnalati a partire da luglio 2023 ai Medici di medicina generale (Mmg) per rivedere la terapia ipolipemizzante. Questo primo step di audit volto all'individuazione dei pazienti "critici", formazione/informazione sull'uso corretto delle terapie ipolipemizzanti e comunicazione ai Mmg ha consentito di riportare entro il target di Ldl mediamente il 12% dei pazienti a rischio molto alto e il 14% di quelli a rischio alto nell'arco di soli sei mesi (Tabella 1). Tale risultato è stato reso possibile principalmente con l'intensificazione della terapia, ottenuta mediante la combinazione di ezetimibe alla statina e un miglioramento dell'aderenza in tutti i pazienti in esame. Infatti, dal baseline (ovvero l'ultima rilevazione di Ldl nel 2022) alla fine del follow-up, nei pazienti non a target in terapia ipolipemizzante la proporzione dei trattamenti a base di sole statine si è ridotta in favore di combinazioni di statine più ezetimibe ed ezetimibe in monoterapia (Figura 2). Focalizzando l'analisi sui pazienti che avevano raggiunto l'obiettivo lipidico, è risultato che in entrambe le classi di rischio circa la metà dei trattati aveva ricevuto nel follow-up una combinazione di statina più ezetimibe, sia come formulazione precostituita che estemporanea. Al contrario, nei pazienti che non avevano raggiunto il target raccomandato di Ldl durante il follow-up, la quota di trattati con una combinazione statina ed ezetimibe scendeva al 43,2% e al 32,9% nelle classi a rischio molto alto e alto, rispettivamente. Tali risultati rappresentano pertanto un'ulteriore conferma di come l'aggiunta di ezetimibe (10 mg/die) alla statina porti a una riduzione più marcata del colesterolo Ldl rispetto al trattamento con la sola statina, anche se a dosaggio elevato.

Riguardo all'aderenza, utilizzando l'approccio del Fail-to-Refill (che definisce come aderenti coloro che non interrompono la terapia ipolipemizzante) si è rilevato, dal baseline fino alla fine del follow-up, un

aumento della quota di pazienti aderenti dall'83% all'88% tra quelli a rischio cardiovascolare molto alto, e dall'81% all'86% tra quelli a rischio cardiovascolare alto (Tabella 1). Inoltre, la percentuale di aderenti era sensibilmente maggiore tra i pazienti a target rispetto a quelli non a target, andando a suffragare quanto noto in letteratura nazionale e internazionale, cioè che l'aderenza alla terapia ipolipemizzante impatta positivamente sulle chance di raggiungere l'obiettivo lipidico raccomandato, a prescindere dal rischio cardiovascolare individuale.

Alla fine del follow-up, nonostante gli interventi descritti, ancora un'elevata quota di pazienti a rischio molto alto e alto non avevano raggiunto il valore di Ldl raccomandato e di questi circa il 43,2% e il 50,6% circa, rispettivamente, avevano una distanza dal target lipidico inferiore al 40%.

Per riportare anche questi pazienti entro il target, una valida strategia sarebbe quella di estendere nel tempo e potenziare gli stessi interventi attuati sul modello organizzativo e rivelatisi vincenti sui pazienti che avevano invece raggiunto gli obiettivi lipidici entro un follow-up relativamente breve. Pertanto, i soggetti con una distanza dal target contenuta potrebbero essere riportati a target implementando azioni semplici, ma mirate ad aspetti quali la comunicazione, la modulazione della terapia e la gestione del proprio trattamento da parte del paziente.

Al contempo, i pazienti con valori di colesterolo Ldl molto distanti dai valori raccomandati, tramite l'intervento degli specialisti Cardiologi, potrebbero beneficiare dei nuovi farmaci ipolipemizzanti come PCSK9-i ed acido bempedoico di recente introduzione nell'armamentario terapeutico delle dislipidemie.

In sintesi, l'esperienza della Asp di Enna da un lato dimostra come, un processo di audit, già entro sei mesi dall'avvio, può contribuire a ridurre in maniera cospicua il numero di pazienti non a target, dall'altro fornisce, per i restanti pazienti, un modello organizzativo che propone strategie terapeutiche mirate in funzione della distanza dal livello target.

L'analisi suggerisce come la gestione della dislipidemia possa essere sensibilmente migliorata da interventi organizzativi mirati e da un approccio patient-tailored, finalizzati a ottimizzare l'appropriatezza prescrittiva, gli esiti clinici e la corretta allocazione delle risorse assistenziali.

* Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Enna

** CliCon S.r.l. Health, Economics & Outcomes Research, Bologna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 lug
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Policlinico universitario di Cagliari in prima linea per la cura del Parkinson

di Davide Madeddu

Al Policlinico universitario di Cagliari il primo impianto per sottocutanea di foslevodopa-foscarbidopa per la cura del Parkinson. Si tratta, come sottolineano dalla struttura sanitaria, di una terapia, di recente introduzione, per il trattamento della malattia in fase avanzata, che consente di infondere la levodopa (gold standard della terapia per la patologia) in maniera continua nelle 24 ore, attraverso l'utilizzo di un infusore portatile.

Destinatario del primo impianto, al Duilio Casula, è stato effettuato in un paziente di 74 anni che da 16 è affetto da Parkinson. Il posizionamento del sistema infusionale ha consentito di ottenere un buon controllo della sintomatologia sin dai primi giorni di trattamento.

«Si tratta di una terapia innovativa a livello mondiale, per il trattamento della malattia di Parkinson avanzata - sottolinea spiega Marcello Mascia, neurologo del Policlinico Duilio Casula -. Questa procedura è stata autorizzata in Italia a febbraio di quest'anno ed è attualmente disponibile solo in alcune regioni».

Non solo, il neurologo evidenzia anche un altro aspetto: «Gli studi clinici hanno dimostrato l'efficacia del trattamento nel controllo delle complicanze motorie della malattia come: fluttuazioni motorie, movimenti involontari e incontrollati (discinesie) e disturbi del sonno, con conseguente



miglioramento della qualità di vita».

Il trattamento è riservato ai pazienti nei quali le combinazioni dei farmaci “tradizionali” non garantiscono un adeguato compenso clinico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA