

10 gennaio 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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



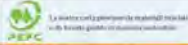
la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo



Venerdì 10 gennaio 2025

Oggi con il Venerdì

Ann. 50° N° 9 - 30 Euro € 2,70



Los Angeles Il fuoco a Pacific Palisades

ETHAN SIMPSON/AP/LA PRESSE

Il reportage

Dentro l'inferno di Los Angeles

dal nostro inviato Paolo Mastrolilli

LOS ANGELES - Anche atterrare all'aeroporto Lax, in queste ore tragiche, è una scommessa. Quando il primo volo decollato all'alba da New York si avvicina, il capitano informa i passeggeri come farebbe Indiana Jones: «Se siamo fortunati, riusciamo ad arrivare. La pista ora è aperta, ma tutto dipende dalla direzione che prenderà il fumo». La puzza ti soffoca appena aprono il portellone. ■ alle pagine 18, 19 e 21 con servizi di Greco e Lombardi

Sunset Boulevard, la fine di un'icona

di Gabriele Romagnoli ■ a pagina 20

LA CONFERENZA STAMPA

“Musk non è un pericolo”

Meloni difende il patron di SpaceX: “Mai parlato con lui di Starlink. Le interferenze? Peggio quelle di Soros” La premier esclude il rimpasto e sul 2027 dice: “Non so se mi ricandido”. L'incontro a palazzo Chigi con Zelensky

Il governo impugna la legge De Luca: no al terzo mandato. L'ira della Lega

Il caso

Pensioni beffa tre mesi in più di contributi tra due anni

di Valentina Conte ■ a pagina 27

La conferenza stampa di inizio anno di Giorgia Meloni diventa l'occasione per la difesa di Elon Musk “che non rappresenta un pericolo”. La premier nega di aver parlato di Starlink e aggiunge, prima di incontrare Zelensky: “Non so se mi ricandido”. Schleim dice che Meloni “dimentica gli italiani”. È scontro sul terzo mandato: il governo impugna la legge De Luca, Lega contraria.

di Cerami, Ciriaco, De Cicco, Dusi Franchilla, Gemma, Mastrobuoni e Vitale ■ da pagina 2 a pagina 8 Commento di Bei ■ a pagina 33

Il racconto

Cecilia Sala e i giorni in cella: ho pianto rivedendo il cielo



di Viola Giannoli ■ alle pagine 10, 11 e 12 Con servizi di De Riccardis, Foschini e Tonacchi

La serie



Donald nella politica reality show

di Stefano Massini

Se un miliardario fosse eletto un giorno alla Casa Bianca? Nessuno ci credeva, nel 1992, quando il magnate texano Ross Perot annunciò di candidarsi alle elezioni, contro tutto e tutti, con l'unico proposito di «rendere di nuovo grande l'America». Fra i tanti che ne sorrisero non c'era Donald Trump, che viceversa lo prese molto sul serio e ne appoggiò la strana ma clamorosa ascesa politica, che vide Perot aggiudicarsi percentuali a doppia cifra e in molti seggi strappare il secondo posto a Bush o a Clinton. Era un segnale inatteso, oltremodo interessante: dunque la ricchezza si stava trasformando in patente di legittimità politica? In passato Rockefeller e i suoi simili si erano sempre dovuti avvalere della beneficenza e del mecenatismo artistico per farsi in qualche modo perdonare dalla collettività quel loro essere fuori scala. ■ continua a pagina 31

L'intervista su d

“Per essere Jovanotti ci voleva dell'incoscienza”

di Michele Serra



Ci conosciamo ormai da molti anni, con Lorenzo, è una storia lunga (perché la vita è lunga, e piena di sorprese) e anche una storia bella, nata nella lontana temperie politica degli anni Ottanta. Cosa potesse pensare e scrivere un giornalista dell'Unità del primo Jovanotti, quello di La mia moto, potete immaginarlo: cose tipo «si veste da scemo, canta in modo scemo canzone scemes». ■ a pagina 25

Wherever you go. L'inverno apre nuovi orizzonti. Scopri l'avventura di Hervé Barmasse su montura.com

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 29 C - Tel. 06 688291

FONDATA NEL 1876

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



Ascolti in crescita
La7 quarta in prime time
«Vince la nostra identità»
di Chiara Maffioletti
a pagina 33



L'album
Ringo Starr:
torno al country
di Barbara Visentin
a pagina 32



Elon e gli altri

LA NUOVA DESTRA GLOBALE

di Aldo Cazzullo

L'uscita di scena del premier canadese Justin Trudeau e il cambio di cavallo a Londra di Elon Musk, che ha scaricato Nigel Farage per l'estremista Tommy Robinson, all'apparenza non c'entrano nulla. In realtà, sono due tra le tante sfaccettature dello stesso prisma. E il prisma è la più grande rivoluzione politica del secolo, la più importante dal crollo dei totalitarismi del Novecento, il nazifascismo e il comunismo. Il prisma è la nuova destra globale, che ha una visione imperialista ma ha per leader non una nazione, bensì un uomo, per quanto favolosamente ricco: Elon Musk.

continua a pagina 24

Da non dimenticare

LE PAROLE PREZIOSE DEL COLLE

di Carlo Verdelli

La gioia di tutti per l'improvvisa e liberatoria scarcerazione di Cecilia Sala. Il plauso di tutti per la fulminea e sapiente regia di Giorgia Meloni, che ha poi affrontato la conferenza stampa, a lungo attesa, con l'indiscutibile vantaggio del capolavoro diplomatico appena portato a termine. Tra i risultati, certamente non voluti, di queste ore di gloria della premier c'è anche l'aver definitivamente archiviato un appello al Paese che meritava ben altro eco: quello di fine anno del presidente della Repubblica. Passate le feste, svanito l'incanto.

continua a pagina 24

La premier: grande emozione la liberazione di Cecilia Sala. Falsità su mia sorella, è strategia. Salvini e il Viminale? No al rimpasto

Musk e tasse, sfide di Meloni

«Lui non è un pericolo per la democrazia, Soros invece sì. Nel 2025 un segnale al ceto medio»



Un elicottero nel cielo rosso fuoco sopra Los Angeles e, qui sopra, quel che resta di una villa a Malibu

di Matteo Persivale e Monica Ricci Sargentini
Anche Hollywood colpita dagli incendi. Distrutte le case di Paris Hilton e Billy Crystal. Già cinque i morti e migliaia gli evacuati. Il presidente Joe Biden cancella il viaggio in Italia. alle pagine 14 e 15

E SCHERZA SULLE FORMICHE

Vita da Giorgia «Le fiction? Non ho tempo»

di Fabrizio Roncone

La premier Meloni confessa di non avere tempo per vedere le fiction. a pagina 5

LA NOMINA, L'ANNUNCIO

Servizi segreti, Rizzi nuovo capo al posto di Belloni

di Rinaldo Frignani

Servizi segreti, nominato Vittorio Rizzi. Sostituisce Elisabetta Belloni. a pagina 10

GIANNELLI



di Paola Di Caro e Monica Guerzoni

Musk? Per la premier Meloni «non è un pericolo». E sulle tasse: «Voglio dare un segnale al ceto medio». da pagina 2 a pagina 5

Il dopo Iran Il podcast della giornalista: ora felice e confusa

«In cella il nemico è il silenzio Ho riso e pianto vedendo il cielo»

RAMY, LA RELAZIONE DEI VIGILI

«Lo scooter frena e cade»

di Cesare Giuzzi e Pierpaolo Lio

Lo scooter in fuga su cui viaggiava Ramy cade in frenata, senza che vi sia un urto con la gazzella dei carabinieri. Questa una prima ricostruzione nei verbali della polizia municipale di Milano. a pagina 18



di Greta Privitera

ABUSI DI CAPOBANNO, LA POLIZIA OGGI A LIEGI

I video con i ragazzi belgi

di Giuseppe Guastella

I poliziotti italiani in trasferta a Liegi con tre video del Capodanno in piazza Duomo in cui si possono riconoscere i ragazzi belgi e chi stava loro attorno. La ricognizione servirà a identificare i possibili aggressori. a pagina 19

Si sente «felice e confusa», Cecilia Sala, la reporter tornata libera dopo 21 giorni di carcere in Iran. «In cella il nemico è il silenzio» — dice in un podcast —. Ho pianto per il cielo e ho riso per un uccellino. Devo riabituarmi». alle pagine 6 e 7

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

Se non fosse già impegnato a cambiare il cosmo e a vendere satelliti all'Italia, sottoporrei all'ambasciatore dei Visitors, Elon Musk, un questo terra terra. Dal suo punto di vista di agente alieno sotto copertura, in missione tra gli umani per studiarne usi e costumi, come ritiene possibile che proprio la patria delle nuove tecnologie, la costa occidentale degli Stati Uniti, non sia capace di domare un incendio? Che speranze evolutive può avere la razza umana che lui ha deciso di salvare, se persino il quartiere con la più alta concentrazione di ricchi e famosi del pianeta, Sunset Boulevard, si è lasciato divorare dalle fiamme dell'incuria? Non trova assurdo che gli abitanti di Hollywood, a parole così sensibili alle campagne ambientali, abbiano impunemente issato le loro

Il genio e l'imbecille

regge a ridosso di boschi giganteschi? E non trova ancora più assurdo, lo ha ricordato Federico Rampini, che nello Stato più benestante d'America nessuna autorità si sia mai presa la briga di investire qualche milione di dollari per interrare la foresta di cavi elettrici che penzolano da ogni palo e angolo di strada? C'è un'incocenza in tutto questo che confina con la stupidità e fa a pugni con l'idea consolatoria che chi è socialmente e tecnologicamente evoluto riesca ad affrontare le sfide della natura meglio degli altri. Invece dentro ogni creatura umana convivono un genio e un imbecille. Musk è seriamente intenzionato a estirpare uno dei due. Solo che ancora non si è capito quale.

VINTAGE Watches and Jewellery. L'ultimo appuntamento dell'indagine a qualsiasi prezzo di pregio. 17/20 GENNAIO 2025. Fiera di Vicenza dalle 9,30 alle 18,30. Per collezionisti, appassionati e operatori di settore. VICENZA 17/21 GENNAIO 2025. VICENZA.

ITALIAN EXHIBITION GROUP, FIA*, madeinitaly.gov.it, PRIMA TCG

L'INCHIESTA

"Ho visto l'investimento di Rami i carabinieri mi hanno intimidito"

MONICA SERRA - PAGINA 16



LA SENTENZA

Murazzi, l'amico lanciò la bici sedici anni a Sara per complicità

ELISA SOLA - PAGINA 17



LA CULTURA

Tuttolibri compie mezzo secolo le grandi interviste da collezione

FRANCESCA SFORZA - PAGINA 19



LA STAMPA

VENERDÌ 10 GENNAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.9 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.INL.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TD II www.lastampa.it

GNN

LA POLITICA

Meloni: "Amica di Musk Soros è peggio Non ci sarà il rimpasto" Pd: italiani dimenticati

LOMBARDO, MALFETANO



Dai satelliti alle formiche. Dalla "lettera scarlatta" affibbiata a Musk dalle opposizioni al «dango» sulla sorella Arianna. In due ore e mezza Meloni risponde a 41 domande. - PAGINE 6 E 7

IL COMMENTO

Una premier più forte ma sola al comando

FRANCESCA SCHIANCHI

Quest'anno, non è la M di Antonio Sciarra quella che monopolizza la conferenza stampa della presidente del Consiglio - leggerà la saga su Mussolini; vedrà la serie tv, magari, ma un domani quando non avrà più tanti impegni e potrà fare «le cose che fanno gli umani». È piuttosto la M di Musk quella che torna e ritorna nelle domande - le varie sfumature, sempre più stupefatto, di: ma davvero presidente non ci vede nessun pericolo nell'ativismo del proprietario di X7 -, e nell'«inflexibile» difesa di lei. - PAGINA 23

Se Elon con l'AI sfida la vecchia destra

Flavia Perina

Perché all'Europa non resta che Starlink

Salvatore Rossi

NUOVI DETTAGLI SULLA TRATTATIVA, IL PONTE DI PALAZZO CHIGI TRA IRAN E MAR-A-LAGO

"Sentivo le urla dei detenuti in cella 20 giorni di terrore"

Il racconto di Sala ai Ros: interrogatori continui, per resistere contavo le dita

IL RACCONTO

Quel riflesso machista di chiederle "prudenza"

FRANCESCA MANNOCCHI

CAPURSO, FAMÀ, SEMPRINI

In quella cella nel carcere di Evin era difficile trovare spazio per la speranza. La luce sempre accesa. «Le urla degli altri detenuti». Cecilia Sala ricostruisce i giorni della detenzione. - PAGINE 2-5

LE IDEE

La ragion di Stato e lo stato della Ragione

GABRIELE SEGRE

«Non sono io che vado in cerca di lui ma è lui che come una freccia mi trafigge». Roland Barthes nel suo *La camera chiara* definisce così il *punctum* di un'immagine. - PAGINA 3

Post, murali e poesie il Paese di Cecilia

Assia Neumann Dayan

Per Carlo V d'Asburgo non era un problema affermare che «la ragion di Stato non deve opporsi allo stato della ragione». Per noi, la questione è più complicata. - PAGINA 22

BUSH, CLINTON, OBAMA, BIDEN E TRUMP INSIEME AI FUNERALI DI CARTER: COME SONO CAMBIATI GLI USA

C'era una volta in America

ALAN FRIEDMAN



INFERNO LOS ANGELES

Le fiamme distruggono i simboli di Hollywood



SIMONI, TAMBURRINO

«Sembra una zona di guerra colpita dalle bombe», dice lo sceriffo di Los Angeles, Robert Luna. - PAGINE 14 E 15

IL WELFARE

Sorpresa pensioni 3 mesi in più al lavoro dall'inizio del 2027 È scontro Cgil-Inps

PAOLO BARONI

I REQUISITI

Anni di contributi

Pensione di vecchiaia

67 e 3 mesi

2025 DAL 2027 e 2026

Pensione anticipata

42 e 10 mesi

2025 DAL 2027 e 2026

Dal 2027 serviranno 3 mesi in più che poi diventano 5 dal 2029 per andare in pensione, denuncia la Cgil. «Niente di tutto questo», ribatte l'Inps. - PAGINE 10 E 11

IL COLLOQUIO

Fornero: un trucco per aumentare l'età senza comunicarlo

LUCA MONTICELLI

Elisa Fornero mette subito in chiaro come funziona l'adeguamento delle pensioni alla speranza di vita: «C'è una legge che risale al governo Berlusconi, diciamo la verità. Io mi sono presa tutte le accuse ma l'indicizzazione dell'età e dell'anzianità all'aspettativa di vita è una misura introdotta da Sacconi e Tremonti nella loro ultima legge di bilancio del 2011». - PAGINA 11

Giustizia, l'errore di blindare la riforma

Edmondo Bruti Liberati

Renzi: i miei 50 anni dal liceo a Bin Salman

Alessandro De Angelis

BUONGIORNO

Cecilia Sala, si scrive e si dice dal giorno in cui l'hanno portata nel carcere di Evin a Teheran, è stata arrestata illegalmente. Temo ci possa essere un fraintendimento. In Iran si arrestano, si processano, si condannano e si giustiziano le persone secondo la Sharia, la legge di Dio nell'interpretazione degli ayatollah. L'anno scorso, in Iran sono state eseguite oltre novecento condanne a morte, anche di minorenni. Le condanne a morte vengono inflitte per omicidio, traffico di droga, rapina, estorsione, violenza sessuale, omosessualità, adulterio, attività contro la Repubblica islamica, contatti con organizzazioni sovversive, guerra o inimicizia contro Allah, blasfemia. Si può essere arrestati e condannati a morte per un motivo, per un motivo lieve, per un motivo risibile, per nessun motivo. I diritti del-

Divina legalità

MATTIA FELTRI

la difesa sono inesistenti. Spesso non si vede un avvocato fino al processo. Spesso anche gli avvocati vengono arrestati. Oltre alle condanne a morte, esistono punizioni corporali come la fustigazione o la mutilazione di arti, della mano, delle dita. In carcere sono pratica quotidiana tortura, pestaggi e stupro. Ad Evin, e non solo ad Evin, si è proceduto con esecuzioni sommarie. Ora, dopo tutto questo, io starei attento a dire che Cecilia Sala è stata arrestata illegalmente. È stata arrestata invece nella perfetta legalità secondo il legale e feroce arbitrio della tirannia teocratica iraniana. Anzi, la perfetta legalità dell'arbitrio tirannico iraniano avrebbe consentito molto altro, e per fortuna a Cecilia è stato risparmiato. A Evin, per questa irrimediabile legalità, sono oggi rinchiusi 15 mila iraniani.





Venerdì 10 gennaio 2025 ANNO LVIII n° 8 1,50 € Sant'Aldo editore

Avvenire



Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it

Editoriale

Tutelare la vita, costruire la pace IL DIRITTO DEI DIRITTI

FRANCESCO OGNIENNE

È un'umanità lacerata, smarrita e inconsapevole quella che il Papa cita nel suo "rapporto sullo stato del mondo" consegnato - ieri, come a ogni inizio d'anno - al Corpo diplomatico accreditato presso la Santa Sede. L'occasione nella quale la Chiesa apre la sua agenda davanti alle cancellerie e all'opinione pubblica mostrando in modo sempre plastico e sorprendente come in essa si rifletta uno sguardo opposto rispetto a quello che domina la scena globale. Non è l'esultanza di un punto di vista virtuoso, che si condanna da sé all'irrelevanza per la sua astrattezza - è un mappamondo della vita umana nel suo diritto naturale di svilupparsi in pace, oggi negato e offeso con spietatezza e indifferenza (che spesso coincidono) ma non per questo meno degno di essere riaffermato con energia e convinzione. Il Vangelo non è un'ideologia, la storia della salvezza si svolge fianco a fianco con quella del mondo per abbracciarla e cambiarla il destino, in una scelta di amore e non di supponenza. Al podio del leader, alla cattedra del professore, allo scranno del giudice Dio preferisce la stalla per animali in cui si fa nasciato inermi. È tutta lì, la differenza.

continua a pagina 16

Editoriale

Quale futuro per la Terra Santa IMPARARE A RICONOSCERSI

FRANCESCO PATTON

Imparare a condividere una terra e una vita. Oltre al conflitto armato, sperando che possa finire il più in fretta possibile, è anche e soprattutto questo il problema della Terra Santa. Che nessun accordo a tavolino potrà mai risolvere. Lo dimostra il fallimento degli Accordi di Oslo, che non sono mai stati calati e condivisi nella vita ordinaria di israeliani e palestinesi. Sicuramente il 7 ottobre ha vanificato il lavoro di tanti anni, e ha creato da questo punto di vista delle ferite che sarà difficile rimarginare. C'è un odio e un desiderio di vendetta che dopo quel "sabato nero" ha intriso la cuore e la mentalità delle persone, da una parte e dall'altra. Anche quelli che prima erano più disponibili al dialogo, al confronto, ora sono chiusi nel proprio dolore e nel proprio antagonismo.

Condivido molto le parole di Rachel Goldberg Polin sul fatto che occorra imparare a riconoscere il dolore dell'altro e farlo reciprocamente. Da questo riconoscimento del dolore altrui bisogna giungere al riconoscimento reciproco del diritto di esistere.

continua a pagina 16

IL FATTO Francesco agli ambasciatori: «Con il Giubileo passiamo dalla logica dello scontro a quella dell'incontro»

Salviamo il mondo

Il Papa chiama tutti alla «diplomazia della speranza» per scongiurare un conflitto esiziale. No all'aborto. Le associazioni cattoliche lanciano la campagna per trasformare il debito

IRAN La giornalista: ho capito che volevano usarci, interrogata costantemente



Sala racconta i giorni in carcere Ancora troppe le donne in cella

Campisi, Mariani e Motta a pagina 3

MIMO MUOLO

Adesso o mai più. Il tono non è quello minaccioso di un ultimatum, ma nelle parole rivolte ieri da papa Francesco al corpo diplomatico c'è uno straordinario senso di urgenza: solo una diplomazia della speranza può salvare il mondo, alle prese con "plaghe" come l'aborto, le fake news, la tecnologia fuori controllo, ma che ha anche la grande chance del Giubileo. L'anno straordinario dedicato alla speranza è al centro anche della nuova campagna lanciata dalle aggregazioni laicali italiane per la riduzione del debito.

Afferri e Liverani a pag. 4-5

JOSEPH AOUN

Il Libano alla fine trova il nuovo presidente

Battaglia ed Eid a pagina 7

I nostri temi

REGOLE Libertà vigilata per l'intelligenza artificiale

LUIGI ROMANO

Se riconosciamo la peculiarità dell'essere umano e delle sue capacità - servendosi delle tecnologie digitali per ampliarle, non per restringerle - riconosciamo l'esigenza di uno sforzo comunitario per un'etica applicata ai sistemi di IA. Compito non facile, vista la sproporzione tra lentezza dei regolatori e velocità delle innovazioni.

A pagina 15

LE LINEE CEI Discernimento e più laici per i seminari

ENRICO LENZI

Grande attenzione al discernimento vocazionale, ma anche una formazione al presbitero capace di offrire esperienze pastorali ai futuri sacerdoti, con un maggior coinvolgimento della comunità parrocchiale. Sono alcune delle novità create dalla *Italia nationalis* per i Seminari della Cei.

A pagina 17

IL GIURISTA

Sull'8xmille modifiche unilaterali Mossa scivolosa

Una china scivolosa. È quella imboccata da diversi governi rispetto alla legge 222/05, istitutiva anche dell'8xmille. Giuridicamente scivolosa perché «non rispetta la natura patetica di questa normativa», dice Luigi Lacroce, docente a Tor Vergata.

Muolo a pagina 9

CONFERENZA STAMPA

La premier chiude all'ipotesi dello ius scholae ma si impegna sui tempi per la cittadinanza

«Inaccettabili i veti su Musk»

Meloni difende la trattativa col magnate. Sul premierato bagno di realtà: non è scontato

VINCENZO R. SPAGNOLO

«A un grande potere corrispondono grandi responsabilità». Cita Spidderman, la presidente del Consiglio Giorgia Meloni. E, in due ore e mezza, risponde al domande, difendendo l'amico Musk («Non è un pericolo per la democrazia. Con lui mi parlavo di Starlink»), escludendo un rimpasto di governo e mettendo le mani avanti sul premierato: non se ne passerà entro la legislatura e se mi ricandiderò nel 2027.

Paolini a pagina 2

MARCO IASEVOLI

Un nuovo «no» sulla cittadinanza ai minori stranieri. Più pesante, perché pronunciato in un contesto «solenne», istituzionale. «Non metterò altra carne al fuoco», dice Meloni, che apre solo a un intervento per sveltire i tempi di applicazione della legge ora in vigore. Un «no» che getta 600mila «italiani di fatto» e anche il tentativo di Fl e di Tajani di discutere in Parlamento la "ius Italiae".

A pagina 2

LA GUERRA IN UCRAINA

Zelensky chiede truppe alla Nato

Gerencio e Scavo a pagina 6



INPS COMUNICA E SMENTISCE

Dal '27 tre mesi in più per andare in pensione

Carecci a pagina 8

PALERMO

Il sindaco assicura: l'asilo a Brancaccio nel '26

Puglisi a pagina 11



Quando viene la felicità
Adrien Candiani
Nostalgia della felicità
Quello presente è il tempo della felicità, eppure ne parliamo troppo spesso solo al passato. Dopo la distruzione di Gerusalemme, quando il profeta Geremia trova rifugio in Egitto con un piccolo gruppo di ebrei, lì, al sicuro, la vita riprende a scorrere come prima, e Geremia rimprovera ai suoi connazionali di ricadere negli stessi peccati che avevano portato Gerusalemme alla rovina: adorano tanti dèi e il Signore al tempo stesso. I rifugiati però non ascoltano il profeta: ai tempi in cui offrivano incenso e libagioni ai loro idoli, tutto andava bene. «Allora avevamo pane in abbondanza,



L'ANALISI DELLA FONDAZIONE

Gimbe: in 11 anni persi 28 miliardi per il personale sanitario

Errori di programmazione, defianziamento e dinamiche sbagliate che hanno demotivato i professionisti verso il Servizio sanitario nazionale (Ssn): c'è questo alla base della crisi del personale sanitario. Una crisi che la Fondazione Gimbe, nell'audizione alla XII Commissione Affari sociali della Camera, non esita a definire «senza precedenti». In mancanza di accorgimenti immediati e sostanziali, «l'offerta sarà sempre più inadeguata, rendendo impossibile garantire il diritto alla tutela della salute». La Fondazione, utilizzando anche i dati della Ragioneria generale dello Stato, spiega perché l'Italia spende percentualmente molto me-

no che in passato per i professionisti della sanità.

«Nel periodo 2012-2023 – dice il presidente di Gimbe, Nino Cartabellotta – il capitolo di spesa sui redditi da lavoro dipendente è stato quello maggiormente sacrificato». Dopo una progres-

siva contrazione da 36,4 miliardi nel 2012 a 34,7 miliardi nel 2017, la spesa ha iniziato a risalire raggiungendo 40,8 miliardi nel 2022, per poi scendere a 40,1 miliardi nel 2023. Tuttavia, evidenzia la Fondazione, in termini percentuali sulla spesa sanitaria totale, il trend rileva una lenta ma costante riduzione: se nel 2012 rappresentava il 33,5%, nel 2023 si è attestato al 30,6%. «Se la spesa per il personale dipendente si fosse mantenuta ai livelli del 2012, quando rappresentava circa un terzo della spesa sanitaria totale, negli ultimi 11 anni il personale dipendente non avrebbe perso 28,1 miliardi, un dato che evidenzia il sacrificio economico imposto ai professionisti del Ssn», commenta Cartabellotta.

Nel 2022, i dati riportano un totale di 681.855 unità di personale dipendente, pari ad una media nazionale di 11,6 unità per 1.000 abitanti con nette differenze regionali: da 8,5 per 1.000 abitanti in Lazio e Campania a 17,4

per 1.000 abitanti in Valle D'Aosta. «Nelle prime 5 posizioni – osserva Cartabellotta – si collocano le regioni e Province autonome di più piccole dimensioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Province autonome di Trento e Bolzano) oltre alla Liguria. Al contrario, al di sotto della media si trovano le regioni in Piano di rientro, tutte del Centro-Sud, oltre alla Lombardia». La spesa pro-capite per il personale dipendente nel 2023 è stata di 672 euro, con differenze significative: dai 1.405 euro nella Provincia autonoma di Bolzano a 559 in Campania. Mettendo in correlazione, per l'anno 2022, le unità di personale dipendente con la spesa pubblica totale, la spesa per unità di personale a livello nazionale è pari a 57.140, con un range che varia da 49.838 del Veneto a 81.139 di Bolzano, con tutte le regioni in Piano di rientro che mostrano paradossalmente valori superiori alla media. La crisi del personale sanitario, conclude il presidente

di Gimbe, «non è solo una questione economica ma una priorità per la sostenibilità ed ha un comune denominatore: la carenza di professionisti sanitari, la loro disaffezione e l'abbandono del Ssn. È urgente rilanciare le politiche sul capitale umano, rendendo nuovamente attrattiva la carriera nel Ssn. Senza questi interventi, il Ssn non sarà in grado di garantire la tutela della salute, rendendo vano qualsiasi tentativo di arginare la crisi». **(V. Sal.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cartabellotta: «Crisi senza precedenti, causata da errori di programmazione, defianziamento e dinamiche sbagliate»



9 gen
2025

AZIENDE E REGIONI

S
24

Personale sanitario/ Crisi senza precedenti: persi oltre 28 mld in 11 anni, più della metà solo nel 2020-2024. E nel 2023 raddoppia la spesa per gettonisti. Il paradosso: nelle Regioni in piano di rientro spesa media per dipendenti più alta

di *Fondazione Gimbe*

PDF

[I dati di spesa per il personale](#)

«Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) sta affrontando una crisi del personale sanitario senza precedenti, causata da errori di programmazione, dal definanziamento e dalle recenti dinamiche che hanno alimentato demotivazione e disaffezione dei professionisti verso il Ssn. Senza un adeguato rilancio delle politiche per il personale sanitario, l'offerta dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali sarà sempre più inadeguata rispetto ai bisogni di salute delle persone, rendendo impossibile garantire il diritto alla tutela della salute». Queste le criticità messe in fila da



Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, audito dalla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, nell'ambito dell'Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie. **I dati di riferimento.** Cartabellotta ha presentato diverse analisi mirate a rispondere su come affrontare carenze e criticità riscontrate in tema di personale sanitario. Per le analisi sulla spesa per il personale dipendente sono stati utilizzati i dati del Report "Il monitoraggio della spesa sanitaria" della Ragioneria Generale dello Stato (Rgs) relativi all'anno 2023. Per le analisi sulle unità di personale dipendente sono stati utilizzati i dati aggiornati al 2022 del Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato (CA-Rgs), che include esclusivamente il personale dipendente delle Pubbliche amministrazioni a cui si applica il Ccnl del comparto sanità, indipendentemente dalla professione e alla tipologia di ente in cui presta servizio. Si è inoltre fatto riferimento ai dati del report del Ministero della Salute, che include sia il personale dipendente del Ssn e dell'Università che opera nelle aziende e nelle strutture pubbliche o nelle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche.

SPESA PER IL PERSONALE DIPENDENTE. «Nel periodo 2012-2023 – ha spiegato Cartabellotta – il capitolo di spesa sanitaria relativo ai redditi da lavoro dipendente è stato quello maggiormente sacrificato». In termini assoluti, dopo una progressiva contrazione da € 36,4 miliardi nel 2012 a € 34,7 miliardi nel 2017, la spesa ha iniziato a risalire raggiungendo € 40,8 miliardi nel 2022, per poi scendere a € 40,1 miliardi nel 2023 (figura 1). Tuttavia, in termini percentuali sulla spesa sanitaria totale, il trend rileva una lenta ma costante riduzione: se nel 2012 rappresentava il 33,5%, nel 2023 si è attestato al 30,6% (figura 2). «Se la spesa per il personale dipendente si fosse mantenuta ai livelli del 2012, quando rappresentava circa un terzo della spesa sanitaria totale, negli ultimi 11 anni il personale dipendente non avrebbe perso € 28,1 miliardi, di cui € 15,5 miliardi solo tra il 2020 e il 2023, un dato che evidenzia il sacrificio economico imposto ai professionisti del Ssn», ha commentato Cartabellotta.

UNITÀ DI PERSONALE DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO

NAZIONALE. Per l'anno 2022, ultimo disponibile, la RGS riporta un totale di 681.855 unità di personale dipendente, pari a una media nazionale di 11,6 unità per 1.000 abitanti con nette differenze regionali: da 8,5 unità per 1.000 abitanti in Lazio e Campania a 17,4 unità per 1.000 abitanti in Valle D'Aosta (figura 3). «Questi dati – ha osservato Cartabellotta – portano a due considerazioni generali. Nelle prime 5 posizioni si collocano tutte le Regioni e Province autonome a statuto speciale di più piccole dimensioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Province autonome di Trento e Bolzano) oltre alla Liguria. Al contrario, al di sotto della media nazionale si trovano tutte le Regioni in Piano di rientro, tutte del Centro-Sud, oltre alla Lombardia».

SPESA PRO CAPITE PER IL PERSONALE DIPENDENTE. Parametrando i

dati RGS-CA sulla spesa sanitaria 2023 per il personale dipendente alla popolazione residente Istat al 1° gennaio 2023 la spesa pro-capite per il personale dipendente nel 2023 è stata di € 672, con differenze significative tra le regioni: dai € 1.405 euro nella Provincia autonoma di Bolzano a € 559 in Campania (figura 4), con una “classifica” che riflette quella relativa alla distribuzione del personale dipendente per 1.000 abitanti (figura 3).

SPESA PER UNITÀ DI PERSONALE DIPENDENTE. Mettendo in correlazione, per l’anno 2022, le unità di personale dipendente con la spesa pubblica totale, la spesa per unità di personale a livello nazionale è pari a € 57.140, con un range che varia da € 49.838 del Veneto a € 81.139 della Provincia autonoma di Bolzano (figura 5), con tutte le Regioni in Piano di rientro che mostrano paradossalmente valori superiori alla media nazionale. «Quest’inedito indicatore – ha commentato Cartabellotta – dimostra che l’ottimizzazione della spesa pubblica per il personale sanitario è stata gestita in maniera molto differente tra le Regioni. Non a caso, quelle più virtuose nell’erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni registrano una spesa per unità di personale dipendente più bassa. Un risultato verosimilmente dovuto sia alla riduzione delle posizioni apicali, sia a un più elevato rapporto professioni sanitarie/medici, che consente di ridurre la spesa mantenendo una maggiore forza lavoro per garantire l’erogazione dell’assistenza sanitaria».

SPESA PER FORNITURA DI PERSONALE SANITARIO. «La carenza di personale sanitario – ha spiegato Cartabellotta – unita all’impossibilità per le Regioni di aumentare la spesa per il personale dipendente a causa dei tetti di spesa, negli anni ha alimentato il fenomeno dei “gettonisti”: medici, infermieri e altri professionisti sanitari reclutati tramite agenzie di somministrazione del lavoro e cooperative, con i relativi costi rendicontati come spese per beni e servizi». Secondo un report dell’Autorità nazionale Anticorruzione (Anac), relativo al periodo gennaio 2019 – agosto 2023, il fenomeno era già molto evidente nel 2019, con una spesa complessiva di quasi € 580 milioni. Nel 2020 il valore è crollato a € 124,5 milioni, per poi risalire negli anni 2021-2022, fino a raggiungere, nel solo periodo gennaio-agosto 2023, € 476,4 milioni, un valore doppio rispetto all’anno precedente (figura 6).

PERSONALE DEL SSN E BENCHMARK INTERNAZIONALI. Per l’anno 2022 il report del ministero della Salute riporta un totale di 727.169 unità di personale: 625.282 dipendenti del Ssn (86%), 84.452 dipendenti delle strutture equiparate a quelle pubbliche (11,6%), 8.839 universitari (1,2%) e 8.596 con altro rapporto di lavoro (1,2%). Di queste unità, il 72% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,6% dal ruolo tecnico, il 9,9% dal ruolo amministrativo, lo 0,2% dal ruolo professionale e lo 0,3% da qualifiche atipiche.

Medici. Nel 2022 i medici che lavoravano nelle strutture sanitarie erano

124.296: 101.827 come dipendenti del Ssn e 22.469 come dipendenti delle strutture equiparate al Ssn. La media nazionale è di 2,11 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia da 1,80 della Campania a 2,64 della Sardegna. L'Italia si colloca sopra la media Ocse come numero di medici in servizio (4,2 vs 3,7 medici per 1.000 abitanti), ma con un gap rilevante tra i medici attivi e quelli in quota al Ssn. Nel 2022, il numero di laureati in Medicina e Chirurgia è stato di 16,7 per 100.000 abitanti, un dato superiore alla media Ocse di 14,2. «Oltre ai medici di famiglia – commenta Cartabellotta – le carenze riguardano alcune specialità di fondamentale importanza per il funzionamento del Ssn che non sembrano essere più di interesse per i giovani medici: medicina d'emergenza-urgenza, medicina nucleare medicina e cure palliative, patologia clinica e biochimica clinica, microbiologia, e radioterapia. Specialità per le quali la percentuale di assegnazione delle borse di studio per l'ultimo anno accademico è stata inferiore al 30%».

Infermieri. Nel 2022 il numero di infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie è di 302.841: 268.013 come dipendenti del Ssn e 34.828 come dipendenti delle strutture equiparate al Ssn. La media nazionale è di 5,13 per 1.000 abitanti, con un range che varia da 3,83 della Campania a 7,01 della Liguria. L'Italia si colloca notevolmente al di sotto della media Ocse (6,5 vs 9,8 per 1.000 abitanti). Nel 2022, il numero di laureati in Scienze infermieristiche è stato di 16,4 per 100.000 abitanti, un dato significativamente inferiore alla media Ocse di 44,9: difficilmente la situazione potrà migliorare, visto che per l'Anno Accademico 2024-2025 nel Corso di Laurea in Scienze infermieristiche sono state presentate solo 21.250 domande per 20.435 posti. «Questa grave carenza – commenta Cartabellotta – stride con il fabbisogno stimato da Agenas in 20-25 mila infermieri di famiglia e di comunità necessari per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal Pnrr».

Il presidente Gimbe ha quindi analizzato le dinamiche che hanno portato negli anni alla crisi del personale sanitario «I tagli al Ssn e il sotto-finanziamento cronico hanno determinato una forte contrazione degli investimenti per il personale sanitario dipendente e convenzionato, attraverso misure come il blocco delle assunzioni, i mancati rinnovi contrattuali e un numero insufficiente di borse di studio per specialisti e medici di famiglia. Inoltre, l'assenza di una programmazione adeguata ha aggravato la progressiva carenza di professionisti sanitari, mentre l'emergenza Covid-19 ha poi slatentizzato una crisi motivazionale già in corso. Sempre più giovani disertano l'iscrizione a corsi di laurea come scienze infermieristiche e a specializzazioni mediche meno attrattive, come emergenza-urgenza), mentre numerosi professionisti abbandonano il Ssn per lavorare nel privato o addirittura all'estero. A tutto ciò si aggiungono i pensionamenti previsti tra medici (ospedalieri e di famiglia), infermieri e

altri professionisti sanitari, aggravati da burnout e demotivazione, che stanno riducendo sempre più la forza lavoro della sanità pubblica. Ciò ha inevitabilmente peggiorato la qualità e la sicurezza del lavoro per chi rimane, spesso costretto a turni massacranti in condizioni di carenza di organico. Inoltre, l'aumento dei casi di violenza fisica e verbale ai danni del personale sanitario, soprattutto nei pronto soccorso, ha ulteriormente compromesso la sicurezza e le condizioni di lavoro. Il peso della burocrazia e la scarsa digitalizzazione, infine, complicano il lavoro quotidiano dei professionisti sanitari, alimentando inefficienze e frustrazione.

«La crisi del personale sanitario – ha concluso Cartabellotta – non è solo una questione economica, ma una priorità cruciale per la sostenibilità del Ssn. Liste di attesa interminabili, pronto soccorso affollati, impossibilità di trovare un medico di famiglia hanno un comune denominatore: la carenza di professionisti sanitari, la loro disaffezione e il progressivo abbandono del Ssn. È urgente rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica, rendendo nuovamente attrattiva la carriera nel Ssn e innovando i processi di formazione e valutazione delle competenze professionali. Senza questi interventi, il Ssn non sarà in grado di garantire universalmente il diritto alla tutela della salute, rendendo vano qualsiasi tentativo di arginare questa crisi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

9 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Crisi personale sanitario, Quici (Cimo-Fesmed): «Occorre inversione di tendenza. Senza medici non c'è salute»

«L'allarme lanciato dalla Fondazione Gimbe in merito ai tagli alla spesa per il personale sanitario negli ultimi 11 anni si unisce ai numerosi segnali d'avvertimento lanciati di recente dalle principali istituzioni contabili del Paese, dalla Corte dei Conti alla Ragioneria dello Stato. Segnali che sposano la posizione assunta dai sindacati del settore ormai da anni: senza il personale sanitario, il diritto alla tutela della salute è seriamente a rischio. E

senza una vera inversione di marcia volta a valorizzare i professionisti, il Servizio sanitario nazionale è destinato al fallimento» dichiara Guido Quici, Presidente della Federazione Cimo-Fesmed. «Eppure – aggiunge - tale inversione di tendenza, sebbene ritenuta imprescindibile da tutti gli attori che in qualche misura si occupano di sanità, non è all'orizzonte. La legge di Bilancio prevede solo finanziamenti spot che non consentono di ripescare il Ssn dall'abisso in cui al momento si trova. E per i medici non riserva nulla, se non un vergognoso aumento dell'indennità di specificità medica pari a 17 euro mensili. Ci si riempie la bocca della necessità di rendere nuovamente attrattivo il lavoro del medico ospedaliero, ma intanto tutti i contratti collettivi dei medici risultano scaduti: da tre anni quello dei medici dipendenti del Ssn, e si attende ancora l'emanazione dell'atto di indirizzo



necessario ad avviare le trattative; da un anno e mezzo quello dei medici dipendenti di strutture sanitarie private afferenti all'Arìs; da 20 anni, ed è senz'altro il fatto più vergognoso, quello dei medici dipendenti delle strutture sanitarie private afferenti all'Aiop», continua Quici. «Forse non risulta abbastanza chiaro che senza medici non c'è salute. E se non si interviene prontamente con interventi efficaci, ben presto le corsie degli ospedali saranno vuote», conclude.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

9 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Contratto 2022-2024: i ritardi del Governo e la sfida dell'innovazione

di Aldo Grasselli*

Ministro Zangrillo, qualcuno ha dovuto regalare una calcolatrice alla Presidente Meloni che non riusciva a fare conti credibili degli stanziamenti per la sanità pubblica; a lei dobbiamo forse regalare un calendario?

Quando, in una recente intervista, dice di voler sottolineare l'importanza di aver chiuso “nei tempi giusti” il Contratto di lavoro relativo al triennio 2022-2024 che riguarda 200mila persone, non le sembra di dire qualcosa di poco digeribile alle loro 200 mila famiglie? Chiudere “nei termini” il contratto dei dipendenti pubblici, come lei ben sa, non significa solo distribuire risorse ma soprattutto significa incidere sulle modalità organizzative, sulle condizioni e il clima di lavoro, sulle prospettive di carriera, sulla selezione del merito etc., materie che richiedono regole contrattuali che si applicheranno nei luoghi di lavoro da gennaio 2025 per il lavoro svolto nel periodo 2022-2024. Non le sembra eccessivo enfatizzare una cosa così anacronistica?

Senza ovviamente parlare dell'inflazione che nel triennio scorso ha già eroso gli aumenti tardivi erogati.

Quando lei dice, sig. Ministro: “ora la legge di Bilancio è chiusa, sappiamo con certezza quali sono le risorse a disposizione. A questo punto vale la pena provare ad essere pratici nei ragionamenti” si riferisce forse al fatto che “praticamente” il Governo e le Regioni non hanno ancora emanato l'atto di indirizzo per il rinnovo del Contratto collettivo del triennio 2022-2024 del



personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del SSN?

Come accade da anni, anche il suo governo per la sanità pubblica elaborerà un atto di indirizzo un po' tardivo, non crede?

Se il governo intende "Introdurre importanti innovazioni per il welfare, per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro", ritiene che possa interessare un contratto 2022-2024 - che nel 2025 non ha ancora visto la luce di partenza per la negoziazione - alla massa di medici e sanitari che nel triennio 2022-2024 hanno lavorato con un contratto inadeguato per sua definizione e che ora si sentono trattati come grulli, dopo che erano stati eroi, e se ne vanno in pensione o nel privato come razzi?

Il contratto del personale dirigente medico e veterinario e sanitario del SSN che riguarda il personale di più elevata responsabilità sulla salute degli italiani (140.000 dirigenti) è una grave inadempienza del Governo.

Non solo dovrete emanare l'atto di indirizzo, dare mandato all'Aran di negoziare il 2022-2024, ma dovrete aprire una stagione di vera innovazione collegando a questo contratto anche quello 2025-2027, magari si potrebbe invertire la tendenza e dare al SSN una boccata di ossigeno.

Poi potrete avere legittimazione a rilasciare dichiarazioni encomiastiche e anche a riscuotere il plauso di chi crede in una gestione nuova, manageriale e proattiva del "capitale umano".

**Presidente nazionale FVM*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

9 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Ccnl del comparto 2022-2024: quali prospettive in vista della prossima “due giorni” all’Aran

di Stefano Simonetti

Nei giorni 13 e 14 gennaio sono programmate due riunioni presso l’Aran per la “prosecuzione trattativa per il rinnovo del Ccnl del Personale del Comparto Sanità triennio 2022-2024”. La convocazione per due giorni di seguito e molti chiari segnali possono far ritenere che verrà tentata una non-stop per giungere alla stipula della Preintesa: sono le “ultime limature” di cui ha parlato il Presidente Naddeo. Chissà se tra le limature rientrerà anche l’applicazione del comma 121 della recente legge di bilancio che consente di incrementare le risorse per i trattamenti accessori del personale. L’operazione rientra senz’altro nell’ambito del triennio 2022/2024 ma potrebbero non esserci i tempi tecnici necessari per inserire l’adeguamento dei fondi in questo contratto; dovrebbe infatti ritenersi indispensabile un Atto di indirizzo integrativo del Comitato di settore.

Le geometrie tra le sigle sindacali. A questo proposito, è interessante ipotizzare lo scenario che si potrebbe creare, soprattutto alla luce di quanto accaduto sul tavolo negoziale delle Funzioni centrali laddove, come è noto, è avvenuta una spaccatura tra le sigle rappresentative. Per la cronaca, i sindacati che non avevano sottoscritto la Preintesa del 6 novembre scorso hanno indetto un referendum on line tra tutti i lavoratori iscritti e non



iscritti per valutare i contenuti del testo e l'opportunità o meno di aderire alla firma definitiva. Come ho già avuto modo di segnalare ([vedi articolo del 13 novembre scorso](#)), non si è trattato del referendum formale previsto dall'art. 21 dello Statuto dei Lavoratori perché quello deve essere indetto da "tutte le rappresentanze sindacali aziendali". Cgil e Uil hanno inteso consultare tutti i diretti interessati al rinnovo, senza peraltro che il risultato dell'interpello potesse condizionare la legittimità della firma definitiva ma solo fornire elementi di valutazione a tutti gli attori interessati. Il 4 gennaio sono stati resi noti i risultati della "consultazione referendaria" cui hanno partecipato on line circa 40 mila lavoratori di una platea di più di sessanta amministrazioni centrali e il 98% dei votanti, secondo i promotori, si è espresso per il "no", rigettando un accordo che è stato da loro definito in perdita.

Detto questo e presumendo che l'atteggiamento dei due sindacati confederali dissenzienti sia consolidato, proviamo a simulare quello che potrebbe accadere. Innanzitutto si rileva che la Cisl deve trovare alleanze, esattamente come nelle Funzioni centrali. Se si somma il 23,72% della Cisl al 12,13% della Fials si arriva a un 35,85%, insufficiente per consentire il rispetto dell'art. 43, comma 3, del d.lgs. 165/2001 che sancisce che "l'Aran sottoscrive i contratti collettivi verificando previamente... che le organizzazioni sindacali che aderiscono all'ipotesi di accordo rappresentino nel loro complesso almeno il 51 per cento". È giocoforza, allora, che il ruolo chiave lo assumeranno i due sindacati autonomi che rappresentano gli infermieri. Nursind si attesta al 10,81% mentre Nursing Up al 6,43%, per cui anche se una sola delle due sigle si schierasse contro la stipula, non si realizzerebbero le condizioni prescritte dalla legge.

Una importante variabile riguardo alle determinazioni che saranno assunte è sicuramente la valutazione strategica della firma in prospettiva delle elezioni delle Rsu che si terranno il 14, 15 e 16 aprile 2025. Posizioni di fermo dissenso sulla pochezza degli aumenti contrattuali v/s un sano pragmatismo¹ per non danneggiare ulteriormente il potere di acquisto di salari già impoveriti, costituiranno il discrimine per guadagnare o meno consensi dalla base e, quindi, voti. Lo scenario cui mi riferisco si presentò già nel 2018 quando la Preintesa del 23 febbraio non venne sottoscritta da tre sigle in evidente ottica delle elezioni delle Rsu avvenute tra il 17 e il 19 aprile, pochi giorni prima della firma definitiva del 21 maggio. Al momento della sottoscrizione definitiva, soltanto Nursind non firmò, con la ben nota conseguenza di non poter partecipare alle contrattazioni integrative aziendali. Parafrasando Nanni Moretti, si potrebbe dire: "mi si nota di più se...". Insomma, banalizzando in modo colorito le strategie negoziali, si potrebbe sintetizzare: schiena dritta a digiuno contro un piatto di lenticchie piegate.

I contenuti del futuro contratto. Qualunque sia l'esito della non-stop finale,

non sarà certamente un gran contratto, né per i 581.148 lavoratori ma neanche per le aziende sanitarie che sicuramente dovranno affrontare molte questioni irrisolte e vertenze annunciate tra monetizzazione delle ferie, buono pasto ai turnisti di notte, retribuzione spettante in ferie. Riguardo all'aspetto economico, c'è davvero poco da dire: i soldi sono quelli ed è impensabile che possano aumentare in modo significativo, almeno finché saranno in vigore le regole attuali. È piuttosto sterile e frustrante rifiutare gli importi degli aumenti contrattuali che, prendendo a riferimento l'Ipca, rispettano fedelmente i contenuti dell'Accordo-quadro del 22 gennaio 2009. Quello che è stato sempre violato, e mai sfacciatamente come in questo momento, è la cadenza temporale delle trattative che partono ormai con anni di ritardo. Forse il 5,78% erogato puntualmente in busta paga nei primi mesi del 2022 avrebbe provocato meno malcontento.

Per ciò che concerne gli importi, si fa presto a dire 172 € di aumento mensile medio pro capite. A prescindere dal fatto che parlare di aumenti medi non vuol dire granché perché nessun lavoratore è in grado di capire quanto spetta a lui personalmente, va ricordato che quell'importo è, ovviamente, lordo e lo Stato ne recupererà più del 30% di imposte; ma non solo, perché gli aumenti dovranno essere conguagliati con le anticipazioni maggiorate percepite da più di un anno, con il risultato finale che il rinnovo produrrà davvero pochi spiccioli.

Molto più interessante appare la parte normativa, soprattutto quella che incide sull'organizzazione del lavoro. Quali sono i principali istituti sui quali si incentrerà la trattativa finale? Un primo punto riguarda la pronta disponibilità con la richiesta che sia ridotto il limite massimo da 10 a 7 turni mensili, ma restano criticità sulle deroghe estive, che i sindacati chiedono di eliminare per evitare abusi. Altra tematica è quella dei requisiti per gli incarichi professionali, con il nodo della riduzione da 15 a 10 anni.

Sulla famigerata questione delle aggressioni, benché non sia un argomento strettamente contrattuale, il sindacato esige obblighi chiari per le aziende: costituzione come parte civile, supporto psicologico alle vittime e copertura assicurativa specifica; chi scrive da anni suggerisce ulteriori interventi mirati, mai però messi in atto.

Molto complesso e probabilmente irrisolvibile è il richiesto sblocco del vincolo di esclusività per i professionisti dell'area non medica, cioè l'introduzione di una norma ispirata all'art. 3-quater del D.L. 127/2021 (novellato in modo disastroso dall'art. 13 della legge 56/2023), che regola, seppur temporaneamente e impropriamente, l'esclusività del rapporto di lavoro per i professionisti della sanità.

Riguardo all'orario di lavoro sarà interessante vedere l'evoluzione della proposta di sperimentazione di una settimana lavorativa di 4 giorni su base volontaria, per favorire un migliore equilibrio tra vita privata e lavoro: la continuità assistenziale e la numerosa presenza di turnisti h 24 non

consentono di assimilare questa problematica a quella delle amministrazioni centrali.

Molto nebulosa è la questione della mensa e dei buoni pasto, in quanto soluzioni positive e di apertura comportano notevoli problemi di finanziamento. C'è infine da auspicare che finalmente venga definita una disciplina chiara e oggettiva per le prestazioni aggiuntive che possa superare i silenzi e le ambiguità del passato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intervento

GRAZIE AL GOVERNO SI RICONOSCE LA DIGNITÀ DEGLI SPECIALIZZANDI DI AREA SANITARIA

Caro direttore,
la Legge di Bilancio 2025 approvata a dicembre 2024 dal Parlamento ha introdotto una norma di storica importanza per le categorie professionali che rappresentiamo. Ci riferiamo all'emendamento presentato da Fratelli d'Italia, fatto proprio dal Governo nel corso della discussione parlamentare, che assicura una indennità agli specializzandi di area sanitaria, che ha previsto una copertura governativa di oltre 30 milioni di euro.

Per questo risultato di portata storica esprimiamo la nostra più sincera gratitudine al Presidente del Consiglio Giorgia Meloni, la cui sensibilità e determinazione sappiamo con certezza siano state determinanti nel raggiungimento di questo traguardo.

Dopo venticinque anni, viene finalmente riconosciuta la professionalità e la dignità degli specializzandi di area sanitaria: migliaia di giovani psicologi, biologi, odontoiatri,

chimici, fisici, farmacisti e veterinari che fino ad oggi non hanno potuto beneficiare né di un adeguato riconoscimento economico né, in alcuni casi, di un percorso formativo ben delineato.

Questa misura rappresenta indubbiamente l'inizio di una nuova epoca. Un'epoca di giusto riconoscimento professionale per gli oltre 18 mila professionisti che sono stati per troppo tempo gli "eroi silenziosi" del Servizio Sanitario Nazionale.

La sfida che ora attende il Governo è quella di incrementare le risorse destinate a questo capitolo, per colmare il divario esistente tra le diverse categorie di specializzandi e valorizzare al meglio queste preziose risorse umane di cui il nostro SSN si avvale quotidianamente e che i cittadini apprezzano per la loro professionalità e competenza.

Confidiamo nella determinazione della Presidente Giorgia Meloni e di tutto il Governo affinché questo obiettivo possa essere raggiunto in tempi rapidi. Noi siamo pronti

a dare, come abbiamo fatto finora, il nostro contributo.

Cordiali saluti,

ANAAO ASSOMED

**ALS - Associazione Liberi
Specializzandi**

GMI - Giovani Medici Italiani

**AIFM - Associazione Italiana
di Fisica Medica e sanitaria**

**ANDI - Associazione
Nazionale Dentisti Italiani**

**FNOB - Federazione
Nazionale degli Ordini dei**

Biologi

**FNCF - Federazione Nazionale
degli Ordini dei Chimici e dei**

Fisici

**LAPSI - Libera Associazione
Psicologia**

**ReNaSFO - Specializzandi in
Farmacia Ospedaliera**



Il ministro della Sanità Orazio Schillaci (LaP)



9 gen
2025

IN PARLAMENTO

S
24

Schillaci: interventi normativi e risorse per il personale sanitario, guardia alta sulla peste suina africana

“I recenti interventi normativi hanno introdotto ulteriori molteplici e significative misure proprio con l’intento di rendere maggiormente attrattivo l’esercizio della professione nell’ambito del Ssn, con progressivo miglioramento della qualità e dell’efficienza del servizio offerto”. Lo ha affermato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, rispondendo al question time al Senato in merito o alla carenza di personale sanitario e alla perdita di attrattività della professione medica. Schillaci ha quindi ricordato tutte le misure prese con l’ultima legge di Bilancio a favore del personale sanitario, a partire dagli aumenti dell’indennità di pronto soccorso “per valorizzare il particolare impegno profuso dal personale sanitario nell’ambito dei servizi di emergenza-urgenza”. Relativamente, poi, alla “correlazione tra la carenza di personale sanitario e l’aumento del rischio di aggressioni contro i medesimi professionisti”, Schillaci ha ricordato che “questo Governo è intervenuto in maniera significativa anche mediante interventi legislativi mirati in tema di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”. Tra questi, ha sottolineato, “la possibilità per aziende ed enti di stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, la possibilità di istituire con ordinanza del questore presidi fissi della Polizia di Stato presso le



strutture sanitarie dotate di servizi di emergenza-urgenza e l'inasprimento del regime sanzionatorio”.

Peste suina: le partite con le carni sospette sono state tutte rintracciate

Nel corso del question time Schillaci è intervenuto anche sulla diffusione della Peste suina africana. “L'Italia - ha detto il ministro - ha adottato un livello di precauzione più alto di quello previsto dalla norma comunitaria sulla Peste suina africana e il ministero della Salute, insieme ad altri dicasteri, enti e istituzioni ha lavorato intensamente, sin dai primi segnali di diffusione, per porre in essere tutte le azioni possibili per prevenire i focolai delle infezioni”. Il ministero, inoltre, ha provveduto a svolgere attività di rintracciabilità “di tutte le partite di prodotti contenenti carni derivanti dagli animali provenienti da allevamenti sedi di focolaio”. Le partite avviate al circuito della trasformazione industriale “sono state bloccate presso gli stabilimenti stessi, dove sono stati attivati trattamenti specifici o avviate alla distruzione”. Mentre quelle destinate al circuito della distribuzione, “sono state bloccate presso gli esercizi di vendita al dettaglio”.

Schillaci ha inoltre ricordato che le misure contro la Psa “sono state rimodulate recentemente grazie ad una road map concordata con la Commissione europea, che include un complesso progetto di rafforzamento dei varchi autostradali in collaborazione con gli enti concessionari, strategie di controllo dei cinghiali e regolamentazione dell'attività venatoria, oltre a una maggiore sorveglianza negli allevamenti suini”. Ad oggi la peste suina africana risulta ancora confinata in alcune aree del Nord Italia e si sta procedendo alla chiusura dei varchi esistenti sulle autostrade A1 Milano-Parma e A15 Parma-La Spezia. “La strategia della zona di controllo dell'espansione virale, Zona Cev - ha concluso Schillaci - sta dando i risultati sperati”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità, nelle Case di comunità cure ancora con il contagocce

L'allarme. Entro giugno 2026 ne sono previste 1.420 ma in quelle già attive visite ed esami sono ridotti per la carenza di medici. In Emilia e Toscana si punta ad alleggerire il pronto soccorso dai casi meno gravi

Marzio Bartoloni

Mancano poco più di 500 giorni all'apertura di oltre 1400 Case di comunità in tutta Italia finanziate con 2 miliardi dal Pnrr. Ma ad un anno e mezzo dalla loro messa a regime questi maxi ambulatori che dovrebbero far decollare la Sanità territoriale, cioè le cure più vicine ai cittadini, restano troppo spesso un oggetto misterioso.

Al di là della scadenza di metà 2026 - al 30 giugno scorso erano attive 413 su 1420 complessive - il vero rebus sono i servizi che le nuove Case di comunità devono erogare. Al momento le prestazioni sono spesso a singhiozzo, se non con il contagocce, in tante strutture, come ha recentemente certificato la Corte dei conti per le 125 Case di comunità della Lombardia che oggi lavorano con una «ridotta operatività per effetto della carenza di personale medico e di forti limitazioni sull'orario di apertura e sulla gamma di servizi previsti». Già, ma quali prestazioni dovrebbero garantire queste nuove strutture? Qui i cittadini dovrebbero trovare visite, analisi, prima diagnostica, vaccini e screening, evitando di affollare gli ospedali quando non c'è bisogno. A esempio oltre alla classica visita medica anche in certi orari la visita specialistica per le patologie più diffuse (cardiologia, pneumologia, ecc.). E poi la prima diagnostica utile soprattutto per anziani e cronici che potranno accedere ad ecografi, elettrocardiografi, retinografi, oct, spirometri, ecc. Nelle Case di comunità infine si dovrebbero trovare anche i servizi di

prenotazione di visite e ricoveri (il Cup), l'attivazione delle cure a casa e della telemedicina, oltre che i servizi per la salute mentale, le dipendenze o l'assistenza sociale. Una lunga lista di prestazioni che finora sembra più una lista dei desideri per i pazienti che si affacciano in queste strutture visto che in ben 120 Case di comunità su 413 attive a giugno scorso non c'è neanche la presenza di un medico, ma solo di infermieri. E in 58 Case di comunità i camici bianchi ci sono meno di 30 ore a settimana. Eppure queste strutture dovrebbero essere aperte h24 (o almeno 12 ore) sette giorni su sette - la maggior parte invece arriva al massimo a 12 ore - con la presenza anche di specialisti come lo psicologo, il logopedista, il fisioterapista, il dietista, il tecnico della riabilitazione e l'assistente sociale e quando necessario il cardiologo, lo pneumologo o il diabetologo. Il nodo fondamentale è dunque il personale. E se la manovra dell'anno scorso aveva stanziato fondi per le assunzioni, quest'anno invece in legge di bilancio non c'è nulla. Il ministro della Salute Orazio Schillaci punta comunque a farci lavorare i medici di famiglia, a partire da quelli più giovani da assumere come dipendenti grazie a una delicata riforma ora in cantiere. E intanto, come ricorda il presidente dell'Ordine dei medici Filippo Anelli, grazie all'ultima convenzione che diventa operativa nel 2025 i quasi 40mila medici di famiglia garantiranno già «venti milioni di ore nelle Case di comunità».

Poi ci sono Regioni come l'Emilia

Romagna e la Toscana che già da anni hanno aperto decine di Case della salute a cui si sono ispirate queste Case di comunità finanziate dal Pnrr. E che hanno deciso di cominciare ad attivare al loro interno anche dei «pronto soccorso leggeri» - in Emilia si chiamano Cau (Centri di assistenza e urgenza) e Pir (Punto intervento rapido) in Toscana - per attrarre nelle nuove strutture quei casi meno urgenti (i codici bianchi, celesti e verdi): da piccole ferite e tagli a distorsioni, da febbre moderata a mal di testa o sintomi influenzali, dal classico mal di pancia ai dolori addominali ai disturbi oculistici e ginecologici. «È necessario però che si chiarisca presto e bene cosa possono fare le Case di comunità su questi casi meno urgenti per evitare che si crei confusione nei cittadini che magari rischiano di presentarsi nel posto sbagliato in caso di emergenza», avverte Alessandro Riccardi, presidente Simeu, la società dei medici del pronto soccorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Qui i cittadini dovrebbero trovare visite, analisi, prima diagnostica, vaccini e screening

Mancano medici in quasi un terzo delle strutture. Il ministro Schillaci ora vuole farci lavorare i medici di famiglia



9 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Anelli (Fnomceo): “Medici di famiglia pronti a svolgere venti milioni di ore l’anno nelle case di comunità”

Venti milioni di ore l’anno: è il tempo che, già oggi, gli oltre quarantamila medici di medicina generale italiani sono pronti a dedicare ai servizi per i cittadini nelle Case di Comunità. E questo grazie alla nuova convenzione, che per molti aspetti diventa operativa nel 2025, attivando finalmente, per i medici di medicina generale, il ruolo unico. Cosa significa? Che non c’è più differenza, ad esempio, tra medici di famiglia e medici di continuità assistenziale. Ogni medico di medicina generale deve mettere a disposizione della Asl 38 ore settimanali, tra attività oraria e attività a ciclo di scelta, con progressiva riduzione dell’attività oraria rispetto all’aumento degli assistiti, sino al massimale di 1500 pazienti. Quindi già oggi, semplicemente applicando l’accordo collettivo nazionale, i medici di medicina generale hanno un monte ore che potrebbero svolgere nelle case di comunità.

A spiegare tutto nei dettagli, il presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, in un video per il Tg Sanità, girato a conclusione dell’ultima riunione del Comitato Centrale prima delle elezioni. Un comitato che ha affrontato, tra i numerosi argomenti all’ordine del giorno, anche quello della medicina generale e delle ipotesi di riforma circolate nei giorni scorsi.

“Anno nuovo – esordisce Anelli, sintetizzando quanto emerso dalla

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



discussione - vita nuova: sarà così la nuova medicina generale, una forma completamente nuova, diversa dal passato, dove accanto all'assistenza erogata ai propri pazienti i medici di famiglia garantiranno anche un numero determinato di ore nelle varie strutture, tra cui anche le case di comunità”.

“Il medico di famiglia dal 2025 – continua - sarà praticamente un medico che svolge un'assistenza oraria e a ciclo fiduciario, in modo tale da coprire tutte le esigenze che possono esserci proprio nel garantire quell'assistenza primaria che è stata il fiore all'occhiello di questo nostro Servizio sanitario nazionale e che ci ha consentito di raggiungere quei traguardi straordinari, tra cui l'aumento del numero degli anziani e quindi dell'indice di sopravvivenza”.

“Oltre 20 milioni di ore l'anno potranno essere garantite – calcola Anelli - oltre 270 ore a settimana per ogni casa di comunità. Sono solo alcuni dei numeri straordinari che potranno essere garantiti proprio dai medici di medicina generale per erogare servizi, e attraverso le aft, che sono le aggregazioni funzionali territoriali, e poi nelle case di comunità, appunto, insieme agli altri professionisti che saranno presenti: per esempio le vaccinazioni, per esempio tutta l'assistenza infermieristica, la presa in carico delle malattie croniche, il lavoro che si potrà fare con gli specialisti convenzionati”.

“Insomma, un anno nuovo – conclude Anelli - un anno diverso, una medicina territoriale che evolve e va verso il futuro. L'augurio è a tutti i medici e al nostro Servizio sanitario nazionale che questa nuova modalità riesca a dare ancora più salute a tutti”.

E tutto questo già da subito, da quando saranno attive le case di comunità, senza necessità di intervenire sulla natura del rapporto di lavoro o di intaccare quel rapporto di fiducia reciproca e continuità che è stato voluto per l'assistenza territoriale italiana, e che, come le evidenze scientifiche dimostrano, è in grado di allungare la vita dei cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

POLITICA INNOVAZIONE A RILENTO

La Sanità è digitale Sulla carta

ALESSANDRO LONGO

La prima cosa che, da medico, chiedo quando un paziente entra in studio è: "Che medicine prendi?". Ed ecco che comincio a tremare». **Sergio Pillon** è cardiologo e pioniere della Sanità digitale italiana. Autore delle prime linee guida per la telemedicina per l'allora governo (2012), Pillon tremava all'epoca e non ha più smesso, perché sono dodici anni che l'Italia prova a dotarsi di un Fascicolo sanitario elettronico (Fse) degno di questo nome. Non c'è ancora riuscita, come rilevano i dati della Fondazione Gimbe, usciti lo scorso novembre.

Così si spiega la scenetta evocata da Pillon: «Il paziente, se è anziano, a quel punto apre la borsa ed estrae un mucchio di cartoncini ritagliati, presi dalle scatole di medicine, per ricordarne i nomi.

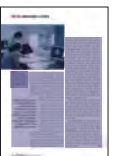
Allora devo sperare che non ne abbia perso qualcuno di importante. Non solo: a me serve sapere anche quali esami o interventi ha fatto. Il paziente, ecco, mi consegna un pacchetto di faldoni ospedalieri. Ma chissà dove trovare, lì sepolta, quell'informazione che davvero mi serve per la cura...». Tutte cose che dovrebbero entrare appunto nel Fse via Internet, in un formato che renda facili le ricerche e le analisi, anche automatiche (con l'intelligenza artificiale).

Un sogno, sì, finora restato in gran parte tale. Eppure è dal 2012 che l'Italia ci prova, a forza di decreti e spinte sulle Regioni. Fino ad arrivare all'attuale governo che vuole riuscire là dove i precedenti hanno fallito. Di più: grazie ai fondi del Pnrr, l'Esecutivo guidato da **Giorgia Meloni** ha messo proprio il Fse al centro della nuova Sanità digitale italiana, con un progetto di grande rilancio. Tra pochi giorni il debutto ufficiale: il governo sta per presentare l'Ecosistema Dati sanitari (Eds) nazio-

nale, come da decreto del ministero della Salute, cioè la prima infrastruttura tecnologica integrata con tutti i dati sanitari degli italiani. È la colonna portante del Fascicolo sanitario elettronico, ciò che mancava per farlo funzionare davvero. Con dati incompleti o poco usabili, infatti, il fascicolo è inutile o quasi.

È la situazione attuale. Gimbe rileva che, in media in Italia, nel fascicolo si trova il 79 per cento dei documenti sanitari previsti dalla legge. Si va dal 100 per cento del Lazio al 94 per cento del Piemonte, fino al 63 di Marche e Puglia. La cartella clinica c'è solo per i pazienti di Lazio, Sardegna e Veneto. Nel Fse sono previsti anche servizi, come il pagamento di *ticket* e prestazioni, la prenotazione di visite ed esami, fino alla scelta del medico di medicina generale o alla consultazione delle liste d'attesa. Ma solo il Lazio e la Toscana superano la soglia del 60 per cento di servizi disponibili. All'estremo opposto, l'8 per cento di Abruzzo e Calabria.

Le cause sono note da anni e riconosciute anche dalle aree tecniche che lavorano ora al rilancio del Fse (con il sottosegretario all'Innovazione, **Alessio Butti**). In effetti, il governo sente di aver ereditato un caos disastroso. «Ora ogni Regione ha il suo fascicolo e lo fa come vuole. Le norme fino



a poco fa imponevano solo alle strutture pubbliche di alimentare il fascicolo, per di più con obblighi poco stringenti, senza penali», riassume Pillon. Nel 2023 c'è stata una svolta con il decreto Fse 2.0. Adesso c'è un obbligo chiaro e riguarda tutti gli operatori sanitari, pubblici e privati accreditati. E ci sono standard su come i dati devono essere presenti nel Fse. «Attualmente, invece, ci sono Regioni virtuose solo in teoria, come la Lombardia, che ci mettono tanti documenti, ma poi scopri che sono tutti pdf: ben poco utili per chi deve leggerli o analizzarli, sono come i faldoni di carta», aggiunge Pillon.

Si arriva poi al decreto dell'agosto 2024 che fissa per la prima volta in modo chiaro anche le tappe per il debutto del Fse. Si parte da marzo 2025, quando saranno garantite ai cittadini solo poche attività, per arrivare a marzo 2026, quando i contenuti del Fse dovranno essere completi. Devono essere caricati dai sanitari entro cinque giorni dalle prestazioni (anche quelle erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale).

«Perché il progetto parta davvero, però, serve l'Eds», ricorda Pillon. E l'Eds è ► stato a sua volta un pasticciaccio brutto. Com'era pensato dal precedente governo (2022) era un contenitore caotico, con scarse tutele per il cittadino e pericoloso persino per la sicurezza nazionale. Non era nemmeno chiaro quali documenti ci finissero e non c'erano garanzie di anonimato per gli assistiti. L'Eds è il primo database unico di tutti i dati sanitari italiani: enorme risorsa per la cura, ma potenziale minaccia per tutti se finisce nelle mani sbagliate, di criminali o potenze straniere. Sono gli stessi motivi che hanno portato il Garante della Privacy a bocciare sia l'Eds sia le norme del Fse nel 2022. Lo stesso Garante, però, a settembre scorso ha approvato l'Eds com'è stato rivisto (con schema di decreto del ministero della Salute), rilevando che i problemi segnalati due anni prima erano stati risolti. Ma non va tutto bene, tanto che a luglio scorso ha bacchettato 18 Regioni riscontrando scarse tutele sui nostri dati e anche il mancato rispetto del decreto 2023 del Fse 2.0.

I dati Gimbe e la bacchettata del Garante confermano quanta strada c'è da fare nel progetto del governo: per dare a tutti gli italiani, ovunque si trovino, un fascicolo sia completo di servizi e documenti sia, al tempo stesso, sicuro (con dati protetti) e capace di tutelare i diritti di *privacy*. Certo, ora è impresa possibile, grazie ai 1,3 miliardi di euro stanziati dal Pnrr per il progetto. Al tempo stesso, le sfide restano enormi, come spiega **Mariano Corso**, professore al Politecnico di Milano, dov'è responsabile scientifico dell'Osservatorio Sanità digitale. «L'Eds attua finalmente il fascicolo. Ma ci sono tante incognite», dice, «in primis, l'adozione da parte dei medici che devono alimentare e consultare il fascicolo». I dati Gimbe sono critici per quanto riguarda i medici specialisti delle aziende sanitarie, con forti disparità regionali. Va ancora peggio per gli specialisti di studi privati non convenzionati, che non sono tracciati e sono quindi all'anno zero. «Non è nemmeno chiaro dalla norma se siano obbligati anche loro», riprende Pillon, la cui speranza, però, è che, se aderiranno tutte le grandi strutture pubbliche e private, poi anche gli specialisti indipendenti si adegueranno. In generale, tuttavia, «non sarà facile formare e accompagnare i medici in questa rivoluzione. L'obbligo insiste su strutture e personale già molto sotto organico», aggiunge Corso.

«Altro discorso vale per i cittadini, a cui pure bisogna spiegare che il fascicolo esiste e che va usato», prosegue il professore. Secondo Gimbe, in un trimestre solo il 18 per cento dei cittadini ha consultato il proprio Fse almeno una volta e si passa dall'1 per cento di utilizzo nelle Marche e in Sicilia al 50 per cento della Provincia autonoma di Trento.

«È indispensabile un nuovo patto nazionale per la Sanità digitale che coinvolga il governo e le amministrazioni regionali», ha detto il presidente Gimbe, **Nino Cartabellotta**, a conferma che sono tante le cose da sistemare. Il governo ci ha messo più di un anno ad affrontare i nodi tecnici e legali del fascicolo. È adesso, però, che viene la parte più difficile: coinvolgere le persone, sanitari e cittadini, in una rivoluzione che può cambiare la Sanità italiana alla radice.

ESAMI
Medici consultano esiti di Tac e risonanze magnetiche all'Istituto neurologico "Carlo Besta" di Milano

TE

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi vuole boicottare i consultori

Disservizi e disparità territoriali, in Italia, impediscono a molte donne un libero e regolare accesso all'interruzione volontaria di gravidanza. Nel nostro Paese, i consultori familiari restano il principale punto di riferimento a cui le persone si rivolgono per manifestare la propria richiesta di assistenza. In proporzione alla popolazione, però, non sono abbastanza e spesso il loro personale è sottorganico.

Nati come spazi di cura della salute riproduttiva e sessuale, e per fornire sostegno psico-sociale a famiglie e adolescenti, nel 2025

i consultori compiono 50 anni dalla loro istituzione. Al loro interno, équipe composte in modo variabile da medici specializzati in ostetricia, ginecologia e pediatria, e da assistenti sociali, infermieri e psicologi offrono la loro consulenza agli utenti. La maggior parte delle donne che scelgono di interrompere una gravidanza preferisce rivolgersi a loro. È in questi centri, infatti, che viene rilasciato il 44 per cento dei certificati necessari per fare richiesta di aborto, il 10 per cento in più che nelle strutture ospedaliere e oltre il doppio rispetto a quelli prescritti dai medici di fiducia.

Il numero dei consultori a livello nazionale, tuttavia, è in calo costante almeno dal 2016. Gli ultimi dati pubblicati dal ministero della Salute fanno riferimento al 2022 e mostrano che i consultori pubblici funzionanti sono poco più della metà rispetto alla proporzione prevista per legge di un consultorio ogni 20 mila abitanti. Centrano i tagli ai finanziamenti alla sanità pubblica, ma anche precise scelte politiche.



«Il sistema sanitario perde sempre più medici ospedalieri e depotenzia la medicina del territorio di cui i consultori fanno parte», spiega **Elisa Visconti**, direttrice dell'organizzazione medico-umanitaria Medici del Mondo, che si occupa di monitorare l'accesso all'aborto in Italia. «A livello politico, in alcune regioni i consultori pubblici non ricevono più fondi e vengono sempre più sostituiti da quelli privati, a cui è stato detto che possono evitare di fare l'interruzione volontaria di gravidanza, sdoganando l'obiezione di coscienza di

intere strutture sanitarie che la legge 194 di fatto vieta».

Tra i consultori operativi poi le carenze sono evidenti, anche se l'indagine ministeriale non le rileva: nelle loro strutture, in larga parte vecchie e fatiscenti, il personale è ridotto al minimo e spesso non c'è chi possa occuparsi di accogliere in maniera continuativa le persone agli sportelli, aperti solo pochi giorni alla settimana in orari molto limitati.

Le uniche tre regioni in cui il numero di consultori è a norma di legge (Valle d'Aosta, Emilia-Romagna e Umbria) sono anche tra quelle che accolgono ogni anno le percentuali di ingresso più alte di donne che migrano per poter abortire. Provengono soprattutto da Marche, Molise, Basilicata e Calabria, regioni in cui il tasso di medici obiettori di coscienza oscilla tra il 70 e il 90 per cento, raggiungendo il 100 per cento in diversi ospedali.

L'obiezione di coscienza si manifesta anche nei consultori pubblici. Se in tutta la penisola circa il 30 per cento di questi centri non offre percorsi di accompagnamento verso l'interruzione di gravidanza, sono all'ordine del giorno situazioni in cui il personale medico rifiuta di rilasciare la certificazione necessaria per l'accesso all'aborto. Questo si verifica sebbene la legge 194 riconosca al personale sanitario l'obiezione di coscienza solo rispetto all'intervento, e non alle attività preparatorie o successive all'interruzione della gravidanza.

Anche i tempi di attesa non aiutano. I dati ministeriali riportano che, in oltre ►

ALICE DOMINESE

► il 74 per cento dei casi, i certificati rilasciati nel 2022 non hanno riconosciuto il carattere di urgenza all'accesso all'aborto. Questo significa che più di 48 mila donne sono state obbligate ad aspettare set-

te giorni dal rilascio del certificato prima di poter abortire. Si tratta di un tempo di attesa previsto dalla legislazione italiana, ma che l'Organizzazione Mondiale della Sanità chiede da tempo di rimuovere perché potenzialmente pericoloso per la salute.

A ledere il diritto all'aborto si aggiungono i soprusi subiti dalle pazienti negli ospedali e nei consultori. Le testimonianze raccolte sul territorio raccontano una realtà fatta di atteggiamenti ostili e linguaggio offensivo da parte del personale sanitario, da Nord a Sud del Paese. «Potevi pensarci prima», «Queste ragazzine sempre con le gambe aperte», sono solo alcune delle frasi che chi sceglie di abortire si è sentita rivolgere. Poi ci sono strutture sanitarie dove le donne sono costrette ad ascoltare il cosiddetto battito fetale e a firmare, contro la propria volontà, per la sepoltura del feto.

Secondo l'associazione Medici del Mondo si tratta di «una vera e propria violenza psicologica, sistemica e costantemente aggravata dai ripetuti tentativi dei gruppi antiabortisti di umanizzare l'embrione e criminalizzare la persona che ha scelto di interrompere la gravidanza, cercando di creare sensi di colpa». Le conseguenze emotive sulle donne che subiscono gli abusi registrati possono essere traumatiche, nonostante l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza sia un servizio identificato a livello mondiale come essenziale.

Nella più recente relazione sull'attuazione della legge 194, il ministro della Salute **Orazio Schillaci** riconosce che le barriere di accesso all'aborto riscontrate nei consultori sono un problema: «L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la mancata integrazione con le strutture in cui si effettua l'Ivg, oltre alla insufficiente presenza dei consultori sul territorio, compromettono il ruolo di questo servizio strategico per la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza e la promozione della salute sessuale e riproduttiva delle donne».

L'approccio, come si legge, è quello del-



la prevenzione all'aborto. Non a caso, a maggio 2024, il parlamento italiano ha approvato una legge che stabilisce che le regioni, e non più i consultori, possano decidere di coinvolgere anche soggetti del terzo settore «che abbiano una qualificata esperienza nel sostegno alla maternità per la gestione dei consultori». La normativa prevede a loro sostegno anche la di- ▶
 ▶ distribuzione di fondi del Pnrr dedicati. «Questa normativa sostanzia a livello economico la presenza di gruppi antiabortisti all'interno di consultori pubblici e privati, oltre a legittimare politicamente la deter-

renza nei confronti dell'accesso all'interruzione della gravidanza», commenta Elisa Visconti.

L'Organizzazione mondiale della Sanità ritiene che le normative restrittive all'aborto possano causare angoscia e stigmatizzazione, fino a costituire una violazione dei diritti umani. Tra ostacoli e servizi pubblici in calo, intanto, con 63 mila donne che ogni anno scelgono di abortire l'Italia continua a presentare tassi di abortività inferiori rispetto a quelli dei Paesi europei ad avanzato sviluppo economico.

Sempre meno fondi per le strutture pubbliche a cui si rivolgono le donne che devono interrompere la gravidanza. E molte hanno dovuto chiudere negli ultimi anni

Il diritto previsto dalla legge 194 viene negato in molti modi. In Regioni come la Calabria o la Basilicata, il tasso di obiezione di coscienza può arrivare al 100%

PRESIDIO

Un presidio contro la chiusura del consultorio Madonna Alta a Perugia

L'associazione Medici del Mondo denuncia diversi episodi di "criminalizzazione" verso coloro che hanno scelto di abortire



RESISTENZA
 Manifestazione per il rispetto della legge 194 davanti all'Ospedale Ostetrico e Ginecologico Sant'Anna di Torino



Foto: S. Daniele / Afp



9 gen
2025

AZIENDE E REGIONI

S
24

Disabili/ Falabella (Fish), monitorare le strutture che accolgono persone con disabilità

La Federazione italiana superamento handicap (Fish) esprime preoccupazione per le condizioni in cui versano molte strutture sanitarie e sociali che accolgono persone con disabilità in Italia. Il recente commento generale n. 1 (2024) del Sottocomitato Onu sulla Convenzione contro la tortura (in particolare sull'art. 4 dell'Optional Protocol ratificato dall'Italia nel marzo del 2013), che fornisce indicazioni cruciali sugli ambienti di privazione della libertà, sottolinea come il collocamento in istituti che non garantiscono soluzioni di sostegno adeguate costituisca una privazione della libertà, spesso accompagnata da trattamenti crudeli e degradanti.

I numeri, ricordano da Fish, parlano chiaro. Oltre 284mila persone con disabilità in Italia sono istituzionalizzate. Spesso in luoghi che non riproducono l'ambiente familiare e che, nel 98,3% dei casi, risultano potenzialmente segreganti. Episodi di violenza e maltrattamenti, come quelli recentemente documentati, dimostrano quanto sia urgente e necessario un monitoraggio efficace e sistematico di queste strutture.

Il precedente Garante nazionale delle persone private della libertà, Mauro Palma, "ha svolto un lavoro importante per ampliare il campo di azione del meccanismo di prevenzione italiano, includendo strutture sanitarie e sociali nel monitoraggio dei diritti umani". Fish invita il nuovo Garante, Riccardo



Turrini Vita, a “proseguire su questa strada, garantendo che le condizioni di vita e la tutela delle persone con disabilità siano centrali nell’azione di monitoraggio”.

La pandemia ha reso ancora più evidenti le criticità del sistema istituzionale. I dati mostrano come, nei primi tre mesi dell’emergenza sanitaria, nelle strutture di lunga degenza si sia verificato un drammatico tasso di mortalità. Dati che sarebbero stati ancora più gravi senza l’apporto del terzo settore. Tuttavia, ancora oggi, mancano informazioni precise sull’impatto della pandemia nelle strutture per persone con disabilità, una lacuna che deve essere colmata.

«Non possiamo accettare che il rispetto dei diritti umani delle persone con disabilità sia subordinato a logiche istituzionali che perpetuano modelli segreganti e violano la dignità individuale. Chiediamo un impegno concreto per investire in soluzioni alternative, come il sostegno alla vita indipendente, e nel rafforzamento del monitoraggio dei luoghi di accoglienza. Il nostro Paese deve dimostrare che i principi della Convenzione Onu non sono solo parole, ma una guida per garantire una società realmente inclusiva». A dirlo il presidente Fish Vincenzo Falabella.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Conferenza Stato-Regioni ha espresso

parere favorevole sullo schema di decreto del Ministero della Salute sui criteri di riparto del Fondo per il gioco patologico (Gap) per l'anno 2024. Secondo quanto previsto dalla Manovra 2025, riporta Agiproneews, il Fondo è stato sostituito, a partire da quest'anno, da un fondo generale dedicato alla lotta a tutte le dipendenze, inclusa quella da gioco patologico. La dotazione del fondo è di 94 milioni l'anno, ripartiti fra

le regioni sulla base di criteri stabiliti dal Ministero della Salute. I decreti di ripartizione del Fondo per il gioco patologico, basati su una legge del 2015, erano ancora efficaci alla data di entrata in vigore della Legge di Bilancio.



9 gen
2025

DAL GOVERNO

S
24

Milleproroghe ed e-fattura a privati: i profili della norma

di Alberto Santi

Prorogato al 31 marzo 2025 il divieto di emettere fattura elettronica per le prestazioni sanitarie nei confronti di privati. Si tratta di una delle principali misure adottate dal cd. “Decreto milleproroghe 2025”, con il quale appunto è stato rinviato l’obbligo di trasmissione dei corrispettivi mediante il Sistema Tessera Sanitaria per le prestazioni sanitarie effettuate nei confronti delle persone fisiche e per le prestazioni rese dai veterinari.

La misura, inizialmente disposta per il solo anno 2019, è stata poi prorogata per tutti gli anni successivi fino al 2024, con la dichiarata finalità di tutelare la riservatezza dei dati personali dei pazienti, altrimenti suscettibili di trattamenti inadeguati. I dati fiscali trasmessi al Sistema TS, infatti, possono essere utilizzati solo dalle Pubbliche Amministrazioni ed esclusivamente per garantire l’applicazione delle norme in materia tributaria e doganale, ovvero - in forma aggregata - per il monitoraggio della spesa pubblica e privata complessiva.

I soggetti esonerati. Il divieto di emettere la fattura elettronica era stato inizialmente disposto per:

- Aziende sanitarie locali;
- Aziende ospedaliere;
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs);



- Policlinici universitari;
- Farmacie pubbliche e private;
- Presidi di specialistica ambulatoriale;
- Strutture per l'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e di assistenza integrativa;
- Altri presidi e strutture accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari;
- Iscritti all'Albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- Altri soggetti identificati da appositi decreti ministeriali.

Fra questi ultimi rientrano gli operatori ai quali è stato esteso l'obbligo dell'invio dei dati al Sistema TS, sulla base di appositi decreti del Ministero dell'economia e delle finanze e tra essi biologi, fisioterapisti, logopedisti, podologi, dietisti, psicologi, infermieri, ostetrici, medici veterinari, tecnici sanitari di radiologia medica, ecc.

Per le prestazioni rese da veterinari, tuttavia, il divieto di e-fattura è limitato alle prestazioni relative ad animali da compagnia o per la pratica sportiva, riguardando solo la prestazione del medico, compreso l'eventuale addebito di analisi e del costo dei medicinali che il veterinario abbia somministrato o consegnato per la terapia.

Le prestazioni esonerate. Il divieto, come detto, riguarda esclusivamente le prestazioni sanitarie nei confronti di privati e non si estende, invece, alle prestazioni effettuate nei confronti di committenti soggetti passivi ai fini Iva (i cosiddetti operatori "B2B"), in quanto tali prestazioni devono essere documentate da fattura elettronica emessa tramite Sistema di Interscambio, indipendentemente dal fatto che siano rese "materialmente nei confronti delle persone fisiche".

In tal caso, la salvaguardia dei dati personali viene tutelata non inserendo espressamente nel documento XML il nominativo del paziente al quale la prestazione sanitaria è stata resa.

I soggetti esonerati dalla fattura elettronica devono certificare le prestazioni sanitarie rese per il tramite di fatture emesse in formato cartaceo, oppure in formato elettronico, ma senza utilizzare il Sistema di Interscambio come canale di invio, oltre che (se del caso) a trasmettere i relativi dati al sistema TS.

Invece, possono emettere la fattura elettronica gli operatori non tenuti all'invio dei dati al Sistema TS, quali i supermercati, gli esercizi di sanitari e ortopedia non soggetti ad autorizzazione sanitaria, i negozi per animali, per la vendita diretta di medicinali ad uso umano o veterinario, oppure di dispositivi medici (compresi gli occhiali).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

UN PRODIGIO DELLA RICERCA

La fiaba di due paraplegici: sono tornati a camminare

Eccezionale risultato grazie a un neurostimolatore midollare messo a punto dagli scienziati del S. Raffaele di Milano e della Scuola Sant'Anna di Pisa

CLAUDIA OSMETTI

■ Sono tutti in piedi. Lì, nello spiazzo dell'ospedale Irccs San Raffaele di Milano, davanti alla statua alata che domina la cupola di vetro, all'ingresso della struttura. In due hanno un deambulatore, una ragazza si tiene su semplicemente aggrappandosi a un infermiere. È una foto ricordo, ma anche la foto di un miracolo: ammesso che si possa dirlo in questi termini, quando tutto il lavoro l'ha fatto la scienza e grazie al cielo che c'è lei. Otto pazienti già operati, un protocollo (innovativo) e i dati scientifici dei primi due, pubblicati sulla prestigiosa rivista *Science translational medicine*, che dimostrano come la stimolazione elettrica epidurale ad alta frequenza possa ridurre significativamente la spasticità muscolare e migliorare la capacità motoria di chi, purtroppo, è affetto da lesioni del midollo spinale.

In poche parole: sì, queste due persone paraplegiche sono tornate a camminare, e ancora sì, è la prima volta al mondo (almeno la prima documentata con studi rigorosi e puntuali e precisissimi) che questo avviene grazie alla "stimolazione midollare"; epperò no, non è ancora una terapia disponibile su larga scala, dopotutto la medicina ha bisogno di tempo, di approfondimenti, anche

se un varco si è aperto, una strada è tracciata e allora vuoi mettere?

Vuoi mettere la ricerca che fa passi da giganti (e in questo contesto, poi, i passi sono pure doppi), che è un tassello dopo l'altro, un'analisi concatenata alla successiva, un risultato confermato alla volta, e alla fine fa quella rivoluzione la quale, a noi non addetti ai lavori, sembra quasi fantascienza? (Vero niente, è solo scienza).

Questo team di medici e ricercatori dell'Irccs San Raffaele di Milano, che si sono confrontati coi colleghi dell'Università Vita-Salute San Raffaele e coi bio-ingegneri della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, ha "semplicemente" messo insieme la stimolazione mirata ad alta frequenza e la riabilitazione, ha preso in prestito dalla branca medica della terapia del dolore un impianto neurostimolatore midollare, ne ha inserito il terminale in laminectomia a livello della decima vertebra, ha "fissato" il suo generatore sottopelle vicino all'anca e il resto è un miglioramento significativo della forza muscolare, della deambulazione e del controllo motorio registrati nero su bianco.

Attenzione: questo, di protocollo, è chiuso. Significa che, per il momento, non è possibi-

le accedere a questa tecnica di stimolazione che ha riguardato soggetti che presentavano lesioni di tipo traumatico e con una ridotta mobilità (un minimo di deambulazione, insomma, riuscivano a farla anche prima). Ma per il futuro chissà. Le sfide sono aperte e sono quelle che ci piacciono, quelle in cui ci guadagniamo tutti.

Malattie del sistema nervoso centrale come la sclerosi multipla (oppure, appunto, le lesioni traumatiche del midollo che di fatto interrompono la comunicazione con il cervello) possono causare paralisi agli arti e spasticità muscolare, la quale peraltro colpisce quasi sette pazienti su dieci. L'intuizione va ad agire proprio qui, stimolando elettricamente il midollo spinale lesionato. Giusto per capirci, uno dei due pazienti finiti nello studio su *Science translational medicine*, dopo un lungo percorso riabilitativo (che tocca dirsi tutto ed essere onesti, di certo non è una bazzecola: oltre alla stimolazione, sia ad alta che a bassa frequenza, è stato necessario tanto esercizio motorio), è riuscito a percorrere addirittura



175 metri senza avere la stimolazione attiva.

«Il protocollo di stimolazione spinale sviluppato e testato in questo studio rappresenta un significativo esempio delle straordinarie potenzialità della neuroingegneria applicata alla neuroriabilitazione», spiega il professore della Scuola superiore Sant'Anna Silvestro Micera. Mentre l'ordinario di Neurochirurgia all'Università Vita-Salute San Raffaele specifica: si tratta di una «procedura chirurgica sicura ed efficace che offre una nuo-

va prospettiva nel trattamento dei pazienti con gravi danni al midollo spinale. I prossimi passi includeranno ulteriori studi clinici su un numero maggiore di pazienti per confermare i risultati preliminari. Stiamo pianificando di estendere le indicazioni a diverse condizioni cliniche che definiremo nei prossimi mesi. Siamo all'inizio di una nuova, promettente era per la neuroriabilitazione motoria».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quanti batteri. Anche nel cervello

UNO STUDIO INTERNAZIONALE IPOTIZZA CHE ALCUNI PATOGENI, COME LA *BORRELIA*, POSSANO ESSERE ALL'ORIGINE DI **DEMENTIA** E **ALZHEIMER**. E CONTRASTARLI, IN ALCUNI CASI, POTREBBE RIDURRE IL DEFICIT COGNITIVO

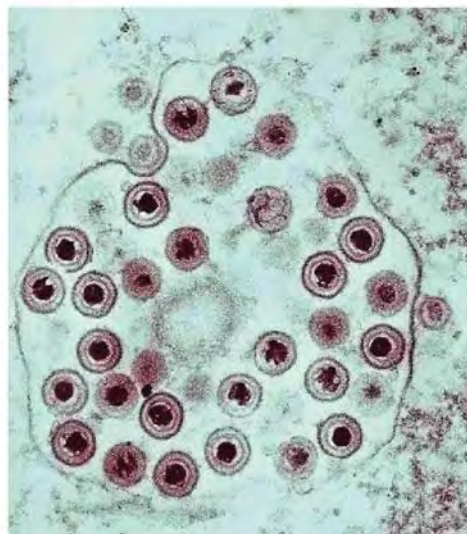
di **Giuliano Aluffi**

ANCHE il cervello, l'organo più protetto del corpo, può essere invaso da batteri e altri patogeni. E liberarsi da queste infezioni può, almeno in certi casi, fermare l'avanzata dell'Alzheimer. Lo suggeriscono le ricerche dell'Alzheimer Pathobiome Initiative, gruppo formato da microbiologi, immunologi, neurologi e gerontologi. «Usiamo il termine "patobioma dell'Alzheimer" perché studiamo le infezioni cerebrali che possono intaccare le funzionalità cognitive» spiega Nikki Schultek, direttrice dell'iniziativa internazionale. «Uno degli elementi che supportano la nostra tesi è il fatto che certe reazioni immunitarie del cervello alle infezioni hanno un ruolo nell'Alzheimer: ad esempio una proteina (il peptide A β) serve come trappola per i patogeni, ma al tempo stesso la sua abbondanza è uno dei segni dell'Alzheimer. Nello studio che abbiamo pubblicato sulla rivista *Alzheimer's & Dementia* identifichiamo 86 casi nella letteratura scientifica in cui le infezioni cerebrali sono state il fattore predominante nell'insorgere di demenza: in molti di questi casi debellare le infezioni ha portato a miglioramenti cognitivi. Il nostro auspicio è che si indaghi di più su questa "demenza reversibile"».

Nei cervelli delle persone decedute e affette da demenza i ricercatori hanno trovato batteri come la *Borrelia*, funghi come il *Cryptococcus neoformans* e virus come l'*herpes simplex* e *zoster*. «È vero che queste infezioni possono accadere a qualsiasi età, ma gli anziani hanno avuto più occasioni, negli anni, di essere esposti a questi patogeni e hanno un sistema immunitario meno funzionale: questo spiegherebbe come mai i sintomi dell'Alzheimer compaiono solo durante la vecchiaia» osserva Schultek, la cui ricerca ora verte su due fronti. «Da un lato cerchiamo sistemi diagnostici più efficienti e veloci per cogliere in tempo queste infezioni al cervello – visto che ad oggi l'unico modo, l'esame del fluido cerebrospinale tramite puntura lombare, è poco pratico – e dall'altro facciamo esperimenti sugli organoidi, ammassi di cellule staminali convertite in neuroni, infettandoli con batteri e funghi per identificare con più precisione il meccanismo con cui possono causare demenza». □



Da sinistra, *Cryptococcus neoformans*, fungo trovato nel cervello, come il batterio *Borrelia* (a destra). Qui sopra, la ricercatrice **Nikki Schultek**



GETTY IMAGES

GETTY IMAGES



Malaria e fame il mix micidiale

MATTEO GIUSTI

La malattia misteriosa che arrivava dal Congo più estremo ha gettato nel panico tutto il mondo per diverse settimane. Ma – come ha dichiarato il ministero della Salute della Repubblica Democratica del Congo – il mistero è stato finalmente risolto. Si tratta, infatti, di una forma di malaria grave che si è manifestata come malattia respiratoria, ulteriormente aggravata dalla malnutrizione degli abitanti della remota zona di Panzi, nel distretto di Kwango, a oltre 700 chilometri dalla capitale Kinshasa. Il Paese africano vive una situazione sanitaria gravemente deficitaria, che negli anni ha visto nove epidemie del virus Ebola, una febbre emorragica identificata per la prima volta in Congo nel 1976, mentre il vaiolo delle scimmie che ha spaventato il mondo negli ultimi anni era stato isolato qui nel 1970, ma nel corso del 2024 ha fatto comunque circa tremila vittime. Dengue, malaria, febbre gialla, febbre tifoide, carbonchio sono tutte malattie endemiche di questo grande e fragile gigante africano.

Questa forma aggressiva di malaria si è manifestata anche in Italia con due casi di pazienti guariti: il primo a Lucca e il secondo a Cosenza. Una persona è invece deceduta in Veneto, al ritorno da un viaggio nel Paese africano. Il paziente era stato inizialmente curato per una febbre emorragica, ma sembra che fosse proprio questa tipologia di malaria.

Samuel Roger Kamba è un medico, è ministro della Salute della Repubblica Democratica del Congo dal 2023 e vanta una lunga esperienza sul campo. «Le autorità sanitarie congolese hanno agito tempestivamente e hanno svelato un mistero che in realtà non esisteva: si tratta, appunto, di una forma di malaria, sicuramente più grave del solito, ma che sappiamo come affrontare. La popolazione dell'area di Panzi è stata particolarmente colpita a causa della sua grave malnutrizione e per la mancan-



za di sangue disponibile per le trasfusioni nei presidi medici locali» ha spiegato. «Da ottobre sono stati segnalati 592 casi, con una mortalità del 6,2 per cento, soprattutto tra i più giovani. Ma grazie all'Organizzazione mondiale della Sanità stiamo distribuendo farmaci nella zona colpita. La maggioranza dei campioni analizzati ha già confermato che si tratta di malaria, ma è ancora prematuro parlare di epidemia. Purtroppo i nostri esperti hanno impiegato due giorni per arrivare sul posto, data la mancanza di strade percorribili, e questo ha peggiorato la situazione, visto che il primo laboratorio attrezzato si trova a 500 chilometri da Panzi. La quale, soltanto due anni fa, è stata colpita da un'epidemia di febbre tifoide. Restiamo in grande allerta, ma la situazione adesso sembra essere sotto controllo».

Chiara Castellani è una medica missionaria specializzata in Ginecologia e Ostetricia che dal 1991 gestisce l'ospedale di Kimbau, a meno di cento chilometri da Panzi, dove è l'unico medico per una popolazione di oltre 150 mila abitanti e per il suo lavoro è stata insignita del "Nobel missionario". «Ci troviamo più a Nord di Panzi, ma i nostri ospedali sono gemelli e spesso abbiamo collaborato. Noi eravamo già informati di questo focolaio, ma all'inizio pensavamo a una grave influenza, che quest'anno è stata particolarmente aggressiva», racconta. «Tutta l'area di Kwango è drammaticamente malnutrita e abbandonata a se stessa: non ci sono miniere o ricchezze che possano attirare il governo di Kinshasa e non ci sono bianchi, tranne la sottoscritta. Durante la stagione delle piogge nessuno può arrivare a Panzi, perché tutte le vie di comunicazione sono impraticabili; qui non ci sono acqua potabile, elettricità, accesso a internet; molti vivono direttamente nella foresta. La popolazione locale ha il tasso di malnutrizione più alto del Paese e manca qualunque medicinale. Ogni anno scoppia un'epidemia,

due anni fa la febbre tifoide, l'anno prima la Kenzo (malattia neurodegenerativa presumibilmente causata da tossine alimentari, ndr), spesso accompagnata da colera, malaria e salmonellosi».

E sui sintomi di questa malaria che si è presentata sotto forma di malattia respiratoria, Castellani ammette: «All'inizio ci hanno tratto in inganno. Ma in molti casi sarebbero bastate trasfusioni di sangue per

salvare delle vite, perché si tratta di un'anemia molto aggressiva. Il governo centrale ha cercato di creare un cordone sanitario limitando gli spostamenti, ma è tutto molto complicato a Kwango. Un reale rischio di propagazione della malattia, però, non c'è mai stato, perché gli spostamenti dei contagiati sono appunto limitati. Il vicino confine con l'Angola è stato chiuso e le autorità sanitarie angolane hanno intensificato i controlli senza riscontrare nessun caso analogo. In questa provincia anche la situa-

zione della sicurezza è molto precaria: a Sud di Kwango la popolazione è in fuga a causa degli scontri fra le Forze armate della Repubblica Democratica del Congo e le milizie Mobondo, che hanno attaccato la cittadina frontiera di Popokabaka, aumentando la disperazione degli abitanti. Anche noi siamo in allerta per questa malaria che sembra resistente all'Asaq, terapia a base di artesunato e amodiachina che viene normalmente usata per la malaria acuta. Il Congo è un Paese complicato e, dove ci troviamo noi, lo è ancora di più. Ma siamo abituati a lottare contro malattie e malnutrizione, che sono strettamente legate fra di loro. Non è una zona turistica e non ci sono bianchi, anche perché si fa molta fatica a trovare da mangiare e bisogna adattarsi. Io, per esempio, ho ordinato delle termiti per i miei pasti e spero che arrivino al più presto». **E**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Si è temuto che dal Paese africano partisse una nuova pandemia. Si tratta, invece, di una forma grave della malattia che si può curare.

Qui però manca tutto: cibo, acqua, medicine. E strade



IN FUGA

Abitanti della zona a Est di Goma, nel Nord Kivu, in fuga dai combattimenti tra forze militari e ribelli lo scorso febbraio



La medicina miracolosa

I farmaci come l'Ozempic, sviluppati per il diabete, si usano sempre più spesso anche per perdere peso e si stanno rivelando efficaci contro una gamma sorprendentemente ampia di disturbi. Gli scienziati cominciano a capire perché

The Economist, Regno Unito Effetti benefici

Nella storia della medicina alcuni farmaci sveltano rispetto agli altri. L'Humira per l'artrite reumatoide, il Prozac per la depressione, le statine per le malattie cardiache e l'ictus. Hanno migliorato la salute dei pazienti ben oltre le aspettative iniziali dei medici, e ogni giorno aiutano milioni di persone. A questi rimedi si è aggiunta una nuova classe di farmaci che potrebbe eclissarli tutti: gli agonisti del recettore del glp-1.

Questi composti imitano l'azione di un ormone naturale, un peptide simile al glucagone (glp-1), e per decenni sono stati usati per trattare il diabete. Più di recente sono diventati un metodo molto diffuso per perdere peso. Ma a marzo del 2024 negli Stati Uniti il semaglutide (un agonista del recettore del glp-1 venduto con il nome di Ozempic per il diabete e Wegovy per la perdita di peso) è stato approvato per la cura delle malattie cardiovascolari nelle persone sovrappeso. Ad aprile il tirzepatide (venduto come Mounjaro e Zepbound) ha dato risultati positivi negli studi in fase avanzata per l'apnea notturna. Secondo altri studi, sembra anche in grado di alleviare i disturbi renali cronici.

Questo è solo l'inizio. Con gli agonisti del glp-1 si stanno facendo test per tutto, dalle malattie del fegato alle dipendenze. Un'azienda sta perfino prendendo in considerazione di sperimentarli come farmaci preventivi per le persone a rischio di obesità. I pazienti che assumono il semaglutide sembrano correre un rischio inferiore di overdose da oppioidi, quindi in teoria si potrebbe usare anche per trattare l'abuso di queste sostanze. I farmaci sono stati presi in considerazione anche come trattamento per le infezioni a lungo termine, sono in fase di studio per ritardare l'alzheimer e c'è chi parla perfino dei loro effetti antinvecchiamento e di un potenziale aumento della longevità. Di recente Eric Topol, un cardiologo che dirige lo Scripps research di San Diego, in California, ha scritto su X che gli agonisti del gpl-1 "sono la più importante scoperta di sempre nel campo dei farmaci".

Le aziende farmaceutiche stanno facendo a gara per trovare, testare e commercializzare nuove versioni e usi di questi farmaci. Ma resta una domanda: come possono gli agonisti del glp-1 - sviluppati per curare il diabete - avere tanti effetti benefici per tutto il corpo? Mentre cercano le risposte, gli scienziati stanno scoprendo dettagli sorprendenti sui molti ruoli dell'ormone glp-1. Questi farmaci sembrano attivare alcuni meccanismi protettivi delle cellule, come la riduzione dell'infiammazione e l'eliminazione dei prodotti di scarto, mantenendo così gli organi più sani. Hanno anche potenti effetti sul cervello, grazie ai quali possono favorire la salute del resto del corpo e perfino influenzare il comportamento.

Il glp-1 è un ormone di breve durata che di solito viene rilasciato nell'intestino dopo un pasto. Una volta nel sangue, aiuta a regolare i livelli di glucosio, stimolando il pancreas a rilasciare insulina (che abbassa i livelli di zucchero nel sangue) e sopprimendo il glucagone (che normalmente li aumenta). Favorisce anche la sensazione di sazietà, in parte agendo sull'intestino per rallentare la velocità con cui il cibo lo attraversa. Ma agisce anche sul cervello: sull'ipotalamo, che controlla la fame, e sui percorsi che regolano il desiderio o *craving*. Il suo ruolo di regolazione della glicemia spiega il successo dei farmaci che lo imitano nel trattamento del diabete. Il fatto che gli agonisti del glp-1 promuovono la sazietà e regolano il sistema di ricompensa associato al mangiare riducendo la gratificazione spiega perché sono utili per le persone che vogliono perdere peso.

A prima vista, gli effetti più ampi osservati potrebbero sembrare benefici accessori del loro effetto sul peso: le persone obese tendono ad avere altri gravi problemi di salute, dalle malattie cardiache ad alcuni tipi di cancro, all'apnea notturna e alla steatosi epatica (il cosiddetto fegato grasso), quindi perdere peso dovrebbe mi-



gliorare la loro salute in generale. Ovviamente succede, ma la ricerca ha dimostrato che c'è dell'altro. Uno studio condotto su più di 17.600 pazienti sovrappeso e obesi provenienti da 41 paesi che avevano assunto il semaglutide ha riscontrato che i partecipanti avevano perso circa il 10 per cento del loro peso corporeo e avevano avuto il 20 per cento in meno di eventi coronarici gravi, ictus, attacchi cardiaci e mortalità per qualsiasi causa. La cosa fondamentale è che questi miglioramenti cardiovascolari hanno preceduto di molto qualsiasi significativa perdita di peso.

Coltellino svizzero

Nelle persone che soffrono di malattie cardiovascolari, i farmaci glp-1 agiscono in parte legandosi ai suoi recettori sulle cellule cardiache e sui vasi sanguigni. Questo contribuisce a un migliore controllo della pressione e dei livelli di grasso nel sangue. I farmaci aiutano anche le cellule cardiache a usare il glucosio in modo più efficiente e a ridurre lo stress ossidativo, cioè il danno causato da molecole altamente reattive che sono i sottoprodotti del metabolismo delle cellule. È stato dimostrato che il semaglutide stimola anche la produzione di monossido di azoto, che rilassa i vasi e aiuta a migliorare il flusso sanguigno verso il cuore.

È la capacità dei farmaci glp-1 di agire su vari problemi contemporaneamente a renderli così interessanti. Molte persone a rischio di malattie cardiache o di diabete possono essere sovrappeso, avere la pressione alta o avere troppo zucchero o grassi malsani nel sangue. Esistono farmaci per affrontare ciascuno di questi problemi individualmente, ma gli agonisti del glp-1 si comportano come un coltellino svizzero molecolare. Gli endocrinologi hanno notato qualcosa di simile nel diabete di tipo 2: gli agonisti del glp-1 migliorano la maggior parte dei problemi principali di questa malattia, tra cui il calo della secrezione di insulina e il suo assorbimento nei tessuti periferici come i muscoli.

Daniel Drucker, uno scienziato del Lunenfeld-Tanenbaum research institute di Toronto, in Canada, afferma che i recettori glp-1 "sembrano consentire alle cellule di mantenersi più sane e di avere un rischio di morte più basso". Questo effetto protettivo si verifica in molti organi in cui le cellule hanno recettori glp-1 o possono essere raggiunte dall'ormone (o da un farmaco): nel fegato può migliorare il funzionamento e ridurre i livelli di grasso, nel caso delle malattie renali croniche può ridurre gli esiti avversi e la morte, indipendentemente dalla capacità di controllare la glicemia.

Gli agonisti del glp-1 agiscono anche su alcune cellule del sistema immunitario in tutto il corpo per ridurre la produzione di molecole infiammatorie come le citochine. L'infiammazione fa parte della risposta immunitaria naturale dell'organismo a lesioni o infezioni. Ma l'infiammazione cronica può finire per danneggiare i tessuti ed è una grave causa di problemi come il cancro e le malattie cardiovascolari, neurodegenerative e autoimmuni. Quindi ridurla sarebbe un progresso.

Il glp-1 è già noto anche per il suo ruolo nella riduzione delle infiammazioni dell'intestino, che dopo un pasto è altamente soggetto alle infezioni. Ma quando le persone soffrono di shigella, salmonella o qualsiasi tipo di diarrea infettiva, Drucker afferma che i livelli di glp-1 aumentano "da dieci a venti volte". L'ormone si lega alle cellule immunitarie presenti nell'organo per mantenere bassa l'infiammazione.

La riduzione dell'infiammazione è il filo conduttore che spiega perché i pazienti che assumono agonisti del glp-1 per il diabete o l'obesità riferiscono miglioramenti anche in altre malattie, come l'artrite, la colite ulcerosa o la nebbia cognitiva post-covid. Fatima Stanford, che studia l'obesità presso il Massachusetts general hospital e la Harvard medical school, negli Stati Uniti, afferma che le persone affette da gotta e altre malattie reumatiche hanno visto migliorare i loro sintomi dopo l'assunzione di farmaci glp-1 per la perdita di peso. Inoltre è stato dimostrato che agiscono sulle infiammazioni della pelle, del fegato, dei reni e perfino del cervello.

Non tutti questi organi hanno recettori glp-1 sulla superficie delle loro cellule né hanno cellule immunitarie attivate dal glp-1 nelle vicinanze. Il motivo per cui beneficiano degli effetti antinfiammatori degli agonisti del glp-1 sta nel modo in cui questi farmaci agiscono sul cervello.

Il cervello ha recettori glp-1 in abbondanza e, sebbene pochissimi farmaci sembrano essere in grado di attraversare la barriera ematoencefalica (il filtro che protegge il cervello dalle sostanze nocive), alcuni esperimenti hanno dimostrato che gli agonisti del glp-1 possono comunque attivare percorsi che trasmettono segnali a questi recettori profondi.

Non è chiaro esattamente come funzionino, ma è stato dimostrato che se i recettori glp-1 del cervello dei topi sono bloccati, i farmaci non sono più in grado di ridurre l'infiammazione nel corpo. Questa scoperta, pubblicata a gennaio del

2024 dal dottor Drucker e dai suoi colleghi, suggerisce l'esistenza di una rete di comunicazione tra l'intestino, il cervello e il sistema immunitario in grado di controllare l'infiammazione generale. Questa rete influisce sulla salute di organi come la pelle, i polmoni e i muscoli, che hanno pochi recettori glp-1 o non ne hanno affatto.

Dato che riducono l'infiammazione e migliorano la salute dei neuroni del cervello, i farmaci glp-1 hanno anche suscitato interesse nel trattamento di malattie neurodegenerative come l'alzheimer. Finora la ricerca ha dimostrato che nei roditori i farmaci glp-1 possono migliorare l'apprendimento e la memoria e ridurre l'accumulo di proteine chiamate amiloidi nel cervello. Riducono anche la risposta infiammatoria e lo stress ossidativo, due fattori che contribuiscono all'alzheimer. Un recente studio preliminare dell'Imperial college di Londra su più di duecento pazienti affetti da una leggera forma di alzheimer trattati con liraglutide ha rilevato che, dopo un anno, il restringimento del cervello si era ridotto di quasi il 50 per cento e il declino cognitivo fino al 18 per cento.

Meno dipendenti

Questi dati hanno suscitato l'entusiasmo di endocrinologi come Caroline Messer, la fondatrice di Well by Messer, una clinica per i problemi di metabolismo e obesità di New York. Messer sente il dovere di usare gli agonisti del glp-1 per trattare i pazienti quando lo ritiene opportuno ed è felice di prescrivere semaglutide e tirzepatide a quelli con un decadimento cognitivo lieve, o un alzheimer precoce.

Questo prima ancora che l'efficacia dei principi attivi sia stata certificata dal tipo di studi clinici che le autorità di regolamentazione considerano determinanti. Ma Messer sostiene che alcuni pazienti non possono permettersi di aspettare, e che i farmaci glp-1 sono già considerati sicuri. Anche se dovessero dimostrarsi inefficaci per la perdita di memoria, la loro capacità di ridurre il rischio di malattie cardiovascolari e ictus è già nota. Secondo Messer ci sono molti collegamenti tra diabete e alzheimer, come l'aumento della resistenza all'insulina e dello stress ossidativo. Alcuni hanno perfino definito l'al-



zheimer un “diabete di tipo 3”, perché sembra essere legato alla resistenza all'insulina nel cervello.

Un altro uso promettente per gli agonisti del glp-1 nasce dal motivo principale del loro sorprendente successo come trattamento per la perdita di peso: la capacità di interagire con i meccanismi del cervello legati al desiderio e al sistema di ricompensa. L'analisi delle cartelle cliniche suggerisce tassi più bassi di disturbi nuovi o ricorrenti da uso di cannabinoidi in chi assume semaglutide per altri motivi. E da uno studio recente è emerso che i pazienti che abusavano di oppioidi o di alcol, a cui venivano somministrati farmaci glp-1 per altri motivi, avevano un minor rischio di overdose da oppioidi e si ubriacavano meno spesso. Una ricerca sulle scimmie ha dimostrato che il liraglutide può ridurre il consumo di alcol, anche se finora i risultati degli studi sugli esseri umani sono stati inconcludenti.

Man mano che l'uso dei farmaci glp-1 aumenta, si moltiplicano le segnalazioni aneddotiche dei loro effetti positivi. Un beneficio comune è che sono molto efficaci nel migliorare il comportamento legato alla dipendenza da droghe e alcol. Messer dice di aver perso il conto di quante persone le hanno detto che le sue prescrizioni hanno salvato il loro matrimonio.

Se questi farmaci dovessero effettivamente attenuare le dipendenze, potrebbero essere ampiamente usati nel trattamento dell'abuso di alcol, tabacco e altre sostanze. Nel 2023 Leandro Vendruscolo, un neurofarmacologo del National Institute on Drug Abuse statunitense, ha scritto su *Science* che il semaglutide è il “farmaco più entusiasmante degli ultimi decenni”. Kyle Simmons, un farmacologo dell'Oklahoma state university center for health science, si è chiesto se il successo delle sperimentazioni avrebbe determinato per la scienza delle dipendenze un “momento Prozac”, riferendosi all'introduzione degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (ssri) per trattare la depressione e la loro diffusione in molte altre aree della psichiatria.

C'è un altro campo della medicina in cui gli agonisti del glp-1 stanno suscitando scalpore: l'invecchiamento. Il ritornello è ormai familiare: gli scienziati sanno che questi farmaci mantengono le cellule più sane e riducono l'infiammazione, lo stress ossidativo e la morte cellulare, i maggiori fattori di rischio dell'invecchiamento e

delle malattie associate. A febbraio del 2024 Michael Leone e Nir Barzilai dell'Albert Einstein college of medicine di New York hanno esaminato i farmaci approvati dalle autorità di regolamentazione che si pensava potessero prolungare la durata della vita e li hanno classificati in base alla loro capacità di affrontare i fattori dell'invecchiamento. Su dodici farmaci o classi di farmaci, i glp-1 sono arrivati quarti. Due di quelli che hanno ottenuto un punteggio più alto, la metformina e gli inibitori sglit2, sono anch'essi farmaci per il diabete.

Conseguenze per tutti

Ogni volta che si parla di questi farmaci emerge il problema del loro costo e della necessità di prenderli per tutta la vita. Entrambe le preoccupazioni si riveleranno probabilmente temporanee. In futuro l'aumento della concorrenza e l'introduzione di versioni generiche abbasseranno i prezzi e amplieranno l'accesso alle cure. I paesi negozieranno sconti. Le aziende indiane e cinesi stanno già facendo a gara per realizzare versioni generiche dei farmaci glp-1 quando i brevetti scadranno nei loro paesi.

Si spera anche che nuove formulazioni miglioreranno l'efficacia di quelle attuali e che si troverà il modo per ridurre i loro effetti collaterali, dalla perdita di massa muscolare ai disturbi gastrointestinali, e per eliminare la necessità di iniettarli. Diverse aziende stanno sperimentandone la formulazione in pillole, più economiche da produrre e distribuire, che probabilmente aumenterebbero di molto la loro accessibilità.

Dato che questi farmaci hanno dimostrato di funzionare per un'ampia gamma di malattie, la domanda dei medici e dei pazienti aumenterà. Quando i limiti di produzione saranno superati, i governi dovranno affrontare calcoli complessi per capire per quali malattie sono convenienti e quale sarà l'impatto complessivo che la prescrizione dei nuovi farmaci avrà sui bilanci della sanità.

Non è ancora chiaro se i pazienti dovranno continuare a prendere questi farmaci a vita, e quali saranno i costi e i benefici. I rischi dell'uso a lungo termine in pazienti non diabetici, per esempio, non sono stati ancora completamente compresi. Quindi le stime sul loro uso rimangono ipotetiche. Potrebbero far risparmiare sulle spese per la prevenzione e la cura delle malattie croniche, ma questo beneficio è difficile da quantificare e oggi i fondi assegnati alla prevenzione sono

molto minori di quelli disponibili per il trattamento delle malattie esistenti. È probabile che i sistemi sanitari pubblici saranno molto lenti nell'adottare questi farmaci come trattamento preventivo.

I farmaci glp-1 stanno già avendo un enorme impatto sull'industria farmaceutica, con un gran numero di nuove formulazioni in fase di sviluppo. Ma anche altri tipi di aziende ne stanno sentendo gli effetti. Alcuni sono ovvi: l'industria alimentare, per esempio, teme che il successo dei farmaci possa ridurre i suoi profitti.

Nel 2023 la Morgan Stanley ha pubblicato una ricerca condotta su trecento persone. È emerso che l'uso dei farmaci provoca una riduzione dell'apporto calorico tra il 20 e il 30 per cento, e che questo potrebbe avere implicazioni a lungo termine per le aziende alimentari, in particolare quelle che vendono cibi poco salutari come i prodotti ad alto contenuto di grassi, zuccheri e sale. Ma le abitudini alimentari non cambieranno da un giorno all'altro. I settori dell'alimentazione e della ristorazione hanno tutto il tempo per adattarsi offrendo porzioni più piccole e alternative più sane.

Altri studiosi hanno previsto un aumento dell'interesse per la forma fisica e l'abbigliamento sportivo nelle persone che erano sovrappeso e vogliono evitare di perdere massa muscolare. Alcuni ipotizzano anche che l'impatto psicologico della perdita di peso potrebbe provocare un aumento dell'interesse per i cosmetici.

Le implicazioni commerciali per altre aziende stanno appena emergendo. Prendiamone una delle meno ovvie: l'aviazione. Nel 2023 la banca d'investimento Jefferies ha calcolato che se il passeggero medio della United Airlines dovesse perdere quattro chili e mezzo, la compagnia risparmierebbe 80 milioni di dollari all'anno di carburante.

L'arrivo dei farmaci glp-1 ha anche cambiato la percezione dell'obesità: non è più considerata un effetto della mancanza di forza di volontà, ma come una malattia cronica da cui il corpo non si libera mai completamente. Il diabete e l'obesità sono solo l'inizio. Pochi farmaci, e forse nessuno, hanno promesso di avere un effetto così rivoluzionario sulla salute umana, la longevità e la felicità. ♦ *bt*



Effetti collaterali

Non è una bacchetta magica

I farmaci glp-1 hanno controindicazioni anche gravi e alcuni temono che possano aggravare i problemi di anoressia

La lista dei benefici offerti dai farmaci agonisti del glp-1 sta diventando così lunga che alcuni medici cominciano a chiedersi se non dovrebbero essere usati anche da chi non ha particolari problemi di salute. Non è la prima volta che un nuovo farmaco suscita questo tipo di aspettative, scrive **New Scientist** citando il caso delle statine. Ma anche se per il momento i vantaggi sembrano molto più numerosi delle possibili controindicazioni, questi farmaci non sono privi di effetti collaterali. I più comuni sono vomito, nausea e stitichezza. Un problema scoperto di recente è la cosiddetta “faccia da Ozempic”, cioè la comparsa di segni dell’invecchiamento come rughe e perdita di elasticità sul volto delle persone che assumono il medicinale. Il fenomeno sembra dovuto alla perdita di tessuto grasso e all’alterazione della crescita delle cellule staminali, che compromettono l’integrità strutturale della pelle. Sembra essere un problema esclusivamente estetico che può essere in parte contrastato con una maggiore idratazione, ma serviranno altri studi per valutare gli effetti per la salute.

Per minimizzare gli effetti avversi del semaglutide e dei farmaci affini, negli Stati Uniti si sta diffondendo il *microdosing*, cioè l’assunzione di dosi

ridotte per accelerare la perdita di peso e ridurre la voglia di mangiare, un metodo promosso da influencer e corsi online, scrive il **New York Times**. Anche se è improbabile che prendere piccole quantità di questi farmaci possa avere gravi effetti sulla salute, gli esperti sconsigliano di assumerli senza supervisione medica e avvertono che i risultati positivi riferiti da molte persone potrebbero essere dovuti soprattutto all’effetto placebo.

Negli Stati Uniti la possibilità di procurarsi facilmente questi farmaci attraverso le compagnie di medicina a distanza, che spesso chiedono solo di riempire un modulo online in cambio di una prescrizione, sta suscitando il timore che possano aggravare i problemi delle persone affette da anoressia, scrive **Bloomberg**.

Alcuni medici riferiscono di aver già osservato casi di disturbi dell’alimentazione in pazienti che avevano assunto agonisti del glp-1 per motivi puramente estetici. Questi problemi possono persistere anche dopo la sospensione del farmaco.

Inoltre stanno emergendo altri effetti collaterali potenzialmente più seri. Il 18 dicembre l’Agenzia europea per i medicinali ha annunciato che valuterà due recenti studi danesi che hanno collegato l’Ozempic alla neuropatia ottica ischemica anteriore non

arteritica (Naion), una malattia rara che può provocare la perdita permanente della vista ed è diventata più frequente dopo l’introduzione del medicinale. Gli studi hanno rilevato che l’Ozempic raddoppia la probabilità di sviluppare questa malattia nelle persone affette da diabete di tipo 2, provocando tra 1,5 e 2,5 casi in più ogni diecimila pazienti. Una ricerca statunitense pubblicata a luglio aveva riscontrato un effetto ancora più marcato.

Un altro possibile effetto collaterale è la perdita di massa muscolare. Uno studio canadese pubblicato su **The Lancet** ha scoperto che i topi trattati con il semaglutide per tre settimane avevano perso l’8 per cento dei muscoli scheletrici. Inoltre i roditori mostravano una riduzione delle dimensioni del cuore e delle singole cellule muscolari cardiache. I ricercatori non hanno stabilito con certezza che l’atrofia cardiaca sia direttamente dovuta al semaglutide e non sono sicuri che sia una cosa negativa, suggerendo che in alcuni casi potrebbe anche avere effetti benefici. Ma avvertono che se il fenomeno fosse confermato negli esseri umani, a lungo termine il semaglutide potrebbe avere effetti deleteri sul cuore, soprattutto nei pazienti già affetti da malattie cardiache. ♦



Covid 19, cinque anni di misteri

NEL GENNAIO 2020 IL VIRUS CHE AVREBBE PARALIZZATO IL MONDO FECE LA SUA PRIMA VITTIMA: IN **CINA**. DA ALLORA NON SI È PIÙ FERMATO. E UNA RISPOSTA CERTA SULLE SUE ORIGINI ANCORA NON C'È

dal nostro corrispondente **Gianluca Modolo**

P **ECHINO.** Nove gennaio 2020. La prima vittima di Covid al mondo. In Cina, a Wuhan. Cinque anni dopo, la sua identità ancora non si conosce.

Quello che si sa è soltanto che si trattava di un uomo, 61 anni, ricoverato il 27 dicembre in ospedale, debole per la febbre e la tosse. Trasferito poi in un altro ospedale della stessa città per insufficienza respiratoria e polmonite grave; aveva anche un tumore e una malattia epatica cronica. Era un cliente abituale del mercato di Wuhan, il luogo del primo contagio di massa del coronavirus. Poi diventato una pandemia mondiale. Da quel mercato sono passate, come venditori o come clienti, le prime persone che a dicembre del 2019 avevano sviluppato quella strana forma di polmonite, rivelatasi poi l'effetto del nuovo virus.

Un salto dall'animale all'uomo tra i banchi di quel mercato? Una fuga dal laboratorio di virologia? A cinque anni dallo scoppio della pandemia una risposta definitiva non c'è. Anche se la maggior parte della comunità scientifica propende per la prima. «I ricercatori hanno rianalizzato i dati raccolti nel mercato di Wuhan e scoperto che gli animali erano stati infettati da un virus, anche se non hanno

potuto confermare quale fosse la causa esatta dell'infezione», scriveva a inizio dicembre la rivista *Nature*. «La maggior parte dei ricercatori concorda sul fatto che la SARS-CoV-2 (il nome dato al nuovo coronavirus del 2019, ndr)

abbia avuto origine negli animali.

Tuttavia, poiché non è stato trovato un progenitore del virus in un animale, alcuni continuano a sostenere che il virus potrebbe essere sfuggito – per incidente o per rilascio deliberato – dall'Istituto di Virologia di Wuhan. Un rapporto del comitato ristretto della Camera dei Rappresentanti Usa ha concluso che la pandemia “molto probabilmente è emersa da un laboratorio di Wuhan”.

E dunque chi ha ragione? L'autorevole rivista scientifica britannica *The Lancet* quest'estate ha cercato di chiudere la polemica. «È un virus naturale che si è diffuso tra gli esseri umani attraverso un banale contatto con animali selvatici infetti. Le ipotesi alternative sono state a lungo poco plausibili e lo sono diventate sempre di più con l'aumentare dei controlli. Coloro che si affannano a proporre l'ipotesi di un coinvolgimento del laboratorio non sono riusciti a presentare argomentazioni credibili». □

Il Pronto soccorso di **Wuhan** a fine gennaio 2020: nessuno aveva capito l'entità della crisi



9 gen
2025

IMPRESE E MERCATO

S
24

Farmaceutica/ Grossisti, bene governo con manovra 2025 ma è solo un primo passo per sostenere categoria

La Legge di Bilancio 2025 introduce misure indispensabili a garantire la sostenibilità del servizio della Distribuzione intermedia farmaceutica nel più ampio contesto sanitario nazionale. Le due sigle nazionali del settore (Adf e Federfarma Servizi) ritengono che gli interventi previsti in finanziaria siano soltanto il primo passo di un percorso che, grazie a una visione strategica di politica sanitaria di questo Governo, rafforzerà l'intera catena logistico-distributiva del farmaco. «Da numerosi anni i Distributori Intermedi attendevano misure tangibili a supporto delle loro Aziende per garantire la sostenibilità del servizio pubblico essenziale svolto e che solo ora, con la Manovra del 2025 e grazie a una visione strategica del ministero della Salute, iniziano finalmente a realizzarsi. Si tratta di un importante segnale di attenzione da parte del Governo per la nostra categoria, che trova oggi un primo, concreto sostegno a beneficio anzitutto del bisogno di salute dei cittadini», afferma Walter Farris, presidente dell'Associazione distributori farmaceutici (Adf).

Le misure previste da questa Legge di Bilancio, assegnando ai Distributori Intermedi – i cd. Grossisti di farmaci, secondo il D. Lgs. 219/2006 - un incremento della remunerazione pari allo 0,65% sul prezzo dei farmaci Ssn



di classe A, non consentirebbero tuttavia di risolvere il problema sistemico della sotto remunerazione originatasi con il taglio del margine dal 6,65% al 3% determinato quindici anni fa dalla Legge 122/2010. Con questa manovra finanziaria la catena logistico-distributiva del farmaco trova un primo, reale sostegno. «Auspichiamo che questo si configuri come l'avvio di un percorso strutturale di attenzione e valorizzazione del servizio pubblico svolto quotidianamente dai Distributori Intermedi. Il nostro comparto, a differenza di altri operatori, ha patito l'assenza di qualsiasi intervento a sostegno dell'indispensabile ruolo avuto anche durante l'emergenza sanitaria generata dal Covid, pur avendo continuato a garantire il servizio alla collettività con margini che da molti anni non coprono neanche i costi operativi delle aziende», dichiara Antonello Mirone, presidente di Federfarma Servizi.

«Apprezziamo dunque l'attenzione che il Ministero della Salute e questo Governo hanno voluto riservare alla categoria in un'ottica di efficienza del Sistema sanitario e di servizio al cittadino - dichiarano i Presidenti delle due sigle nazionali della Distribuzione Intermedia del farmaco – e auspichiamo che non manchino prossime occasioni di dialogo con le Istituzioni e i partners di filiera nel comune obiettivo di contribuire all'equo ed universale accesso ai medicinali e ai servizi sanitari nazionali».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

La città che si prende cura della salute mentale

A Trieste l'assistenza alle persone che hanno disturbi psichiatrici si fa coinvolgendo la comunità, a differenza di quanto avviene in altri paesi, che si affidano a grandi strutture sanitarie

Sarah Neville e Michael Peel, Financial Times, Regno Unito. Foto di Gianni Berengo Gardin

Al servizio psichiatrico dell'Ospedale maggiore di Trieste la porta è sempre aperta. La costrizione e l'isolamento, tecniche diffuse in tutto il mondo per controllare i pazienti in crisi, qui sono concetti estranei. Amici e familiari sono benvenuti e accolti in un spazio con un arredamento informale e quadri vivaci alle pareti, più confortevole che "clinico". A volte le situazioni difficili si possono risolvere con una passeggiata nel cortile dell'ospedale, spiega Domenico Petrara, un infermiere dai modi gentili e rilassati che indossa dei jeans e una felpa. L'unità ha otto posti letto e raramente è piena. Le persone vengono dimesse rapidamente e affidate alla rete territoriale dei centri di salute mentale. Il modello di Trieste affascina la comunità psichiatrica da quasi mezzo secolo. È in netto contrasto con quello di molti altri paesi, in cui il ricovero è largamente diffuso anche se scoraggiato dalle direttive dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Secondo i dati dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, nel 2022 l'Italia nelle strutture psichiatriche aveva meno di dieci posti letto ogni centomila abitanti, mentre in Giappone, un altro paese del G7, i posti letto erano 258. In Giappone è ancora attiva una vasta rete di centri psichiatrici che, negli ultimi vent'anni, si sono rivelati fondamentali per ridurre il tasso di suicidi. I sistemi dei due paesi sono agli antipodi nel dibattito decennale su quale sia il modo migliore per prendersi cura delle persone affette da malattie psichiatriche e per garantire che possano continuare a svolgere un ruolo nella società. Negli ultimi decenni molti governi hanno valutato la possibilità di sostituire le grandi strutture con un'assistenza specializzata di comunità, ma raramente la transizione si è rivelata efficace.

Cittadini con dei diritti

Secondo United for global mental health,

un'ong internazionale, oggi 8,6 milioni di persone vivono all'interno di istituzioni considerate ospedali psichiatrici dall'Oms. "I governi dovrebbero modificare radicalmente i finanziamenti per le strutture di salute mentale. L'attenzione e i fondi si concentrano eccessivamente sul ricovero forzato dei pazienti per periodi di tempo inutilmente lunghi", sottolinea Sarah Kline, amministratrice delegata dell'ong. Kline ritiene che l'assistenza fornita a livello locale attraverso i servizi di comunità produca risultati migliori e sia economicamente più vantaggiosa, oltre a rispettare i diritti dei pazienti. Nathaniel Counts, del Kennedy Forum, un'organizzazione statunitense non profit specializzata nei servizi di salute mentale, è convinto che la situazione sia più complessa: "La salute mentale è un continuum", spiega, sottolineando che le persone richiedono forme diverse di trattamento in diversi momenti della vita. "L'obiettivo è fare in modo che abbiano modelli di assistenza graduale, capaci di tenere conto delle loro esigenze in ogni momento", aggiunge Counts.

Per molti politici Trieste rappresenta il miglior esempio di assistenza alla salute mentale basata sulla comunità. La città ha un'influenza enorme nel dibattito internazionale sulla cura dei disturbi psichiatrici, in gran parte grazie a Franco Basaglia, che nel 1971 diventò direttore dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste. Roberto Mezzina, ex direttore del dipartimento di salute mentale di Trieste, ha lavorato con Basaglia all'inizio della sua carriera. Il principio guida di Basaglia era che chi ha problemi di salute mentale deve essere rispettato come cittadino con dei diritti, e non considerato come qualcuno che per la sua condizione è posto al di fuori della società. Basaglia diceva spesso



che era necessario “mettere la malattia tra parentesi”, ricorda Mezzina. “Questo non significa negarla, ma metterla da parte e guardare la persona, allora si può capire meglio la malattia tenendo conto dell’intera vita della persona”.

Anche molti altri paesi sviluppati, tra cui gli Stati Uniti e il Regno Unito, hanno deciso di chiudere i grandi ospedali psichiatrici, ma spesso questo ha portato a una netta riduzione delle risorse per la cura dei disturbi psichiatrici. A Trieste, invece, il denaro generato quasi cinquant’anni fa dalla chiusura di una struttura da 1.200 posti letto fu usato per rafforzare i servizi di comunità.

Secondo Alessandra Oretti, che dirige le strutture di diagnosi e cura per i disturbi psichici a cui fanno riferimento 360mila persone tra le province di Trieste e Gorizia, quella decisione fu un passo fondamentale per realizzare la visione di Basaglia. Tra il 1990 e il 1996 i suicidi erano stati 25 per centomila abitanti, mentre tra il 2005 e il 2011 si erano ridotti a 13. Oggi nelle due province sono disponibili appena 46 posti letto ospedalieri per le persone affette da disturbi psichici. Un’unità separata per quelle che hanno commesso crimini violenti ha due letti. Eppure Oretti, che nel suo ufficio ha una grande foto in bianco e nero di Basaglia, racconta di non aver mai dovuto affrontare una carenza di posti letto e dice che non esiste una lista d’attesa. Chiunque ha un problema psichiatrico ha il diritto di chiedere aiuto a uno dei centri di salute mentale senza la prescrizione di un medico. Grazie a questa assenza di barriere, i problemi spesso sono affrontati prima che la situazione peggiori. “L’eliminazione degli ostacoli burocratici è uno dei motivi dell’assenza di liste d’attesa”, sottolinea Oretti. Questi risultati appaiono tanto più sorprendenti tenendo conto che in Italia solo il 3,5 per cento del budget sanitario è dedicato alla salute mentale, una delle percentuali più basse tra i paesi ad alto reddito. Tra gli ammiratori del modello di Trieste c’è Kerry Morrison, dirigente di Heart Forward, un’organizzazione benefica di Los Angeles che si occupa di salute mentale. Morrison ha visitato più volte la città. “Investono in anticipo, le procedure si attivano nel momento della diagnosi e c’è una grande fiducia nel recupero della persona”, spiega.

Negli Stati Uniti, invece, l’attenzione si concentra “sul tentativo di stabilizzare la crisi” e c’è pochissimo sostegno della comunità. “Il risultato è che abbiamo una crisi dopo l’altra ma non investiamo sulla ripresa, che invece ci aiuterebbe a scongiurare un peso finanziario a lungo termine”, sottolinea Morrison. Tommaso Bonavigo, psichiatra che lavora nel sistema

di Trieste, riferisce che quest’anno il dipartimento di salute mentale ha fatto visitare le strutture a persone provenienti da 16 paesi - da Los Angeles a Londra, dal Burkina Faso all’Argentina - per cercare di mettere in pratica una versione del modello Trieste. In Brasile, paese che ha cominciato ad allontanarsi dal metodo dei ricoveri dopo una visita di Basaglia nel 1979, più di tre quarti del bilancio federale dedicato alla salute mentale sono investiti nell’assistenza di comunità, mentre all’inizio degli anni novanta la percentuale era del 25 per cento, secondo i dati del rapporto 2022 dell’Oms sulla salute mentale.

Coinvolgere chi è in cura

All’interno del centro di salute mentale Maddalena, in un quartiere operaio di Trieste, Bonavigo descrive un caso recente per illustrare come si procede. Un uomo aveva contattato il centro per avvertire che la madre, ottantenne, affetta da sindrome bipolare, era agitata e non riusciva a dormire da giorni. Bonavigo, accompagnato da un infermiere che conosceva la donna da anni, è andato nell’appartamento e ci è rimasto due ore per convincerla a prendere i farmaci della sua terapia. Poi hanno concordato una serie di visite a domicilio per assecondare il suo desiderio di non essere ricoverata. Durante un ricovero precedente la donna aveva riportato una frattura al naso per una caduta. “Nel nostro lavoro dobbiamo assumerci alcuni rischi”, spiega Bonavigo. Questa filosofia riemerge spesso nelle conversazioni con il personale che lavora nei centri di salute mentale. “Se in una situazione posso scegliere tra due o tre possibilità penso sia giusto fare quello che preferisce la persona in cura”, racconta lo psichiatra.

Il peso del denaro

Storicamente il Giappone rappresenta un contraltare al metodo adottato a Trieste. Le autorità sanitarie giapponesi sono riuscite a ridurre drasticamente il tasso di suicidi, ma le grandi strutture sanitarie hanno ancora un ruolo di primo piano nel sistema di salute mentale del paese. In Giappone il problema dei suicidi si era aggravato dopo la crisi finanziaria asiatica della fine degli anni novanta, raggiungendo, secondo i dati ufficiali, l’apice nel 2003 con 27 suicidi ogni centomila abitanti. Vent’anni dopo, il tasso si è ridotto di più di un terzo, fino a 17,6 suicidi per centomila abitanti. Il dato è ancora superiore a quello degli Stati Uniti (14,6 suicidi nel 2022) e di Inghilterra e Galles (11,4 nel 2023), anche se i paragoni internazionali sono complicati da vari fattori, come le

differenze nella segnalazione delle cause di morte.

In Giappone il punto di partenza del cambiamento è stato l’introduzione della legge di base sulle contromisure per i suicidi, approvata nel 2006. Questa prevede, come nel caso di Trieste, una maggiore attenzione a livello locale. In seguito sono aumentati i fondi. Inoltre dal 2016 le autorità locali sono tenute a presentare un piano per la prevenzione dei suicidi nel loro territorio. “Le statistiche indicano che le attività svolte dal governo centrale e da quello locale hanno funzionato”, spiega Takashi Nishio, responsabile del dipartimento per la ricerca e l’analisi del Centro giapponese per la promozione delle contromisure sui suicidi. I dati mostrano aree con un numero elevato di suicidi, a cui è dedicata più attenzione. “I nostri interventi chiave includono un potenziamento del governo locale e della comunità. L’aspetto più importante è che forniamo agli enti locali informazioni sui tassi di suicidi e sulle tendenze in atto”, spiega Nishio. Lo sforzo per limitare i suicidi ha prodotto la nascita di organizzazioni civiche come Ova, che collabora con tredici autorità locali per aiutare i giovani che pensano di togliersi la vita. Secondo i dati del governo, negli ultimi cinque anni il fenomeno è aumentato tra gli studenti. Nel 2023 in Giappone si sono suicidati 513 studenti, tra cui 254 ragazze, un numero in aumento rispetto alle 221 del 2022. In un modesto ufficio situato al quarto piano di un palazzo, il fondatore di Ova, Jiro Ito illustra l’attività tecnologica del gruppo: se qualcuno digita su un motore di ricerca delle parole chiave legate al suicidio, come la frase “voglio ammazzarmi”, sul suo schermo appare un messaggio che offre conforto e un sostegno online, telefonico o di persona. “Quando i ragazzi pensano al suicidio non è detto che questo disagio appaia sui loro volti, ma possiamo contattarli su internet”, spiega Ito. Nonostante le innovazioni il Giappone resta un caso anomalo, in cui gli istituti psichiatrici hanno ancora una parte fondamentale nel sistema assistenziale. Che comunque è messo in discussione.

L’ong Human rights watch, nel suo rapporto del 2024, afferma che il sistema



di salute mentale del Giappone ha bisogno di “importanti riforme” perché usa “detenzioni arbitrarie, restrizioni fisiche e trattamenti forzati che violano i diritti fondamentali”. Gli psichiatri, preoccupati, hanno fatto pressione sui partiti per modificare gli incentivi finanziari che mantengono i pazienti all’interno degli ospedali privati, spiega Tsuyoshi Akiyama, presidente della Federazione mondiale per la salute mentale e professore del centro medico Ntt di Tokyo. Akiyama aggiunge che il sistema di rimborso statale dovrebbe essere modificato per ridurre il peso del denaro nelle decisioni sui tempi di ricovero, e sottolinea che gli istituti psichiatrici si trovano spesso in località remote e lontane dalle grandi strutture sanitarie, un aspetto che isola i pazienti e complica l’accesso alle cure per problemi di natura fisica. “Il numero di posti letto negli ospedali psichiatrici dovrebbe essere ridotto, mentre dovremmo aumentare i posti letto in quelli non psichiatrici, in modo che possano accogliere chi riceve assistenza dai servizi di comunità”, spiega Akiyama. Inoltre sottolinea che gli ospedali non hanno lo stigma sociale delle strutture psichiatriche collocate in zone rurali. Il calo dei suicidi registrato negli ultimi vent’anni dimostra l’efficacia dell’azione a livello locale e di una strategia nazionale più ampia, spiegano gli esperti. Ma negli ultimi anni i suicidi stanno aumentando e il Giappone ha ancora cifre superiori a gran parte dei paesi più ricchi. Nel 2023 l’incremento tra i giovani ha portato a un piano d’intervento d’emergenza. “Gli sforzi fatti hanno contribuito a ridurre il tasso di suicidi, che però è ancora troppo alto”, afferma Ryoji Noritake, presidente del centro studi Health and global policy institute.

All’ospedale maggiore di Trieste, Petrara racconta che sono passati nove anni dall’ultima morte per suicidio di una persona dimessa dopo il ricovero per disturbi psichiatrici. In città una solida rete di supporto protegge i pazienti dopo la diagnosi, mentre le organizzazioni non profit e le cooperative sociali procurano alloggi e

posti di lavoro. Anche in carcere un detenuto può ricevere la visita dei professionisti che operano nei centri di salute mentale della comunità, e in casi estremi i carcerati possono ottenere il ricovero in una struttura specializzata in alternativa agli arresti domiciliari. “A Trieste osserviamo i risultati di un incredibile lavoro di squadra”, sottolinea Morrison, da Los Angeles. “Le cose lì non funzionano a compartimenti stagni come negli Stati Uniti, dove c’è il dipartimento di salute mentale, poi il carcere, poi chi si occupa degli alloggi e nessuno parla con l’altro, nessuno coordina le attività”. Morrison spiega che su circa 14mila detenuti nel sistema penitenziario di Los Angeles, più di cinquemila hanno disturbi mentali e non hanno un accesso adeguato alla riabilitazione.

Tuttavia il successo dei metodi adottati non tiene Trieste al riparo dalle pressioni finanziarie che colpiscono i sistemi sanitari di tutto il mondo. Uno dei sei centri di salute mentale di comunità non può più rimanere aperto 24 ore al giorno e sta affrontando una carenza di psichiatri e infermieri.

Nel 2018 il cambio di governo in regione, sommato ai tagli alla spesa pubblica, ha alimentato i timori sulla sopravvivenza del sistema nella sua forma attuale. Nel 2021 Allen Frances, professore emerito del dipartimento di psichiatria e scienze del comportamento della facoltà di medicina dell’università di Duke, a Durham, nel Regno Unito, ha scritto su The Lancet che il sistema di Trieste è “minacciato da un governo di destra che promuove la privatizzazione e intende smantellare quella che vede, sbagliando, come una psichiatria politicamente schierata a sinistra”.

Eventi nelle piazze

Tuttavia Raffaella Pocobello, ricercatrice del Consiglio nazionale delle ricerche, che ha studiato il sistema di Trieste per più di vent’anni, ribatte che è “molto difficile di-

struggere qualcosa che ha una radice etica”. L’eredità di Basaglia “è qui, è viva” e una nuova generazione di professionisti “sta facendo del suo meglio per mantenerla a un livello molto alto”.

Michele Sipala è entrato in contatto per la prima volta con il sistema di Trieste quando era in cura, più di trent’anni fa. Oggi lavora come *peer supporter* (chi mette a disposizione la sua esperienza per aiutare i pazienti) in una struttura locale. Sipala nota che Basaglia si impegnava per fare in modo che la comunità non considerasse un estraneo chi conviveva con un disturbo psichiatrico, “voleva che le persone uscite dall’ospedale fossero viste come cittadini. Per questo organizzava degli eventi nelle piazze”.

Uno dei ricordi più cari di Sipala è quando ha aiutato a organizzare un festival di poesia insieme ad alcuni ex compagni di scuola. In quell’occasione è riuscito ad affermare il suo diritto e quello di altri pazienti a partecipare alla vita cittadina, proprio come avrebbe voluto Basaglia. Quando gli chiediamo di riassumere il valore del sistema di salute mentale di Trieste, Sipala risponde così: “La prima parola che mi viene in mente è ‘libertà’”. ♦ as

© The Financial Times Limited 2024. All Rights Reserved.
Il Financial Times non è responsabile dell’accuratezza e della qualità di questa traduzione.

Senza barriere, si affrontano i problemi prima che la situazione peggiori

A Trieste una solida rete di supporto protegge le persone dopo la diagnosi

Dopo i cambiamenti introdotti da Franco Basaglia i pazienti dell’ospedale psichiatrico possono andare in cortile. Gorizia, 1968-1969



CI SALVERÀ UN OSPEDALE DA CAMPO

SI CHIAMA **EMT2 TOSCANA** ED È LA MIGLIORE RISPOSTA AI TAGLI NELLA SANITÀ. INTERVIENE SU SISMI E ALTRE CATASTROFI. NEL MONDO CE NE SONO 12. IN EUROPA 5. IN ITALIA 2. **REPORTAGE**

dal nostro inviato

Riccardo Staglianò

PISA. Uno dei pezzi più multiuso, dell'enorme Lego che stanno smontando nell'hangar della Protezione civile, è il *cargo pallet*. Uno scatolone di plastica grigia, di circa un metro cubo, dove ripongono i pezzi di questo formidabile ospedale da campo che ha appena ricevuto la certificazione dall'Organizzazione mondiale della sanità. Di Emt2 (*Emergency medical teams*) così, dove si può fare quasi tutto quel che si fa in un ospedale vero, comprese 7 operazioni maggiori o 15 minori al giorno, nel mondo ce ne sono 12. In Europa 5. In Italia 2. Fatti funzionare grazie a medici, infermieri e esperti di logistica volontari, solo questo. Ma dicevamo della versatilità dei box. In cui riporre defibrillatori, ecografi e tutta la strumentazione indispensabile in un nosocomio. Oppure trasformarli in potabilizzatori, collegandoli con dei tubi. Mentre se all'interno li foderi con sacchi di plastica e sopra ci infili dei montanti a cui appendere una

ANCHE SE È GONFIABILE, JO SVOLGERE E IDENTICHE MANSIONI DI ASTRUTTURA IN MURATURA

tenda diventano bagni che gli altri Emt2, a quanto pare, se li sognano. Circostanza che, siccome siamo a mezz'ora di macchina dalla sede del *Vernacoliere*, li ha fatti prontamente ribattezzare "cago pallet". Ci sta. Anche perché quando queste strutture mobili vengono caricate su aerei militari per intervenire, vuol dire che è successo qualcosa tra il gravissimo e il tremendo. Morte e devastazione. E se non provi in qualche modo a sdrammatizzare, ci spiega il chirurgo d'urgenza Federico Filidei che in questi vent'anni ha visto le peggiori cose da Haiti al Nepal, dalla Cina all'Iran, veramente rischi di non farcela a resistere.

DALLA RICHIESTA AL DISPIEGAMENTO

Il vostro cronista, per dire, non ce l'ha fatta neanche a guardare la maggior delle immagini che Filidei ha raccolto in questi anni, tra amputazioni di braccia, gambe scarnificate fino all'osso, pance aperte e ricucite. Per lui e gli altri 59 delle squadre di pronto intervento è ordinaria amministrazione. E siccome ha una lunga esperienza di disastri, dal governo svedese a varie amministrazioni baltiche, preoccupate come non mai dall'eventualità di un'invasione russa («C'è stato un raduno recente a Bruxelles dove i finlandesi e gli estoni parlavano solo di "difesa civile"»), gli stanno chiedendo consulenze per mettere in piedi strutture simili. Che, a cose normali, servono per calamità naturali, terremoti, tornadi e altri eventi estremi acuiti dalla crisi climatica. «Lo Stato colpito» spiega Alessia Mugnai Poggesi della Regione Toscana, l'unica dipendente di tutto

l'Emt2 Toscana, «fa una richiesta all'Ercc, un organismo europeo. A quel punto le nazioni che hanno una struttura adeguata si candidano a intervenire. E, se lo Stato richiedente accetta, entro 48-72 ore dovrebbero essere in grado di raggiungerlo». Fare le valigie, in questo caso, non è roba da poco. Il materiale è sempre pronto nei famosi cargo pallet e in altri box di alluminio. Poi ci sono le 19 tende gonfiabili, da 10 a 5 metri per 5,6, accuratamente piegate. I generatori da una tonnellata ciascuno. La cucina. I bagni. Lo smaltitore di rifiuti. Il cibo per essere autosufficienti, sanitari e pazienti, almeno un paio di settimane. Per trasportare questo ben di dio da 28 tonnellate servono tre C130 forniti dalla 46esima aviobrigata. Tutto ciò, ovviamente, costa. Circa un milione e mezzo di euro per la struttura più 500 mila all'anno per mantenerla funzionante, tra esercitazioni, riparazioni, sostituzione delle batterie e approvvigionamento di farmaci. Generalmente l'ospedale fa un viaggio di sola andata, perché poi lo lasciano nel Paese che ne ha avuto bisogno («Anche se a volte vengono cannibalizzati o lasciati andare in malora» ammette Filidei) e portano indietro solo le casse vuote. Finanziariamente le missioni sono coperte per tre quarti dall'Unione europea e per il restante dalla Regione e dalla Protezione civile.

LA NECESSITÀ AGUZZA L'INGEGNERIA

Il Gruppo di chirurgia d'urgenza pisano ha una

lunga storia. Nasce nel 1985 sfruttando la dedizione di medici e infermieri che, oltre al lavoro ordinario in ospedale, si rendono disponibili per intervenire dovunque ci sia bisogno. Dei "medici senza frontiere" pubblici, di fatto sovvenzionati dallo Stato. Filidei mi presenta Franco Colalone, uno dei veterani che sta riassetando dopo l'ennesima esercitazione. «È un infermiere ma si è inventato più soluzioni lui di un ingegnere» mi spiega «come trasformare queste casse di alluminio in cassettiere pronte all'uso, una volta agganciate in verticale a tubi adattati da artigiani locali. Avremmo dovuto brevettarli, ci dicono all'estero, ma qui quanto a spirito imprenditoriale siamo scarsi». Tra le altre trovate degne di nota un'imbracatura leggerissima per montare nelle tende le lampade scialitiche, quelle delle sale operatorie. Più il famoso bagno con maceratore, il Sanitrit che si usa negli appartamenti quando non c'è ab-



bastanza pendenza per allacciarsi agli scarichi. Il principio cardine che hanno interiorizzato è quello che il pacifista e ambientalista Alex Langer usava come metafora di una raccolta di saggi: viaggiare leggeri. «Una volta atterrati» spiega Filidei «questa roba va portata sul teatro del disastro. Con mezzi di locomozione men che ottimali e strade magari distrutte. Quindi sempre meglio due scatole da 50 chili che una da 100. Perché, al peggio, si spostano a mano». Quanto a innovazione, per non sembrare troppo campanilisti, va detto che anche gli altri Paesi non scherzano. Come i polacchi che, per ospitare i pazienti stabilizzati e il personale sanitario usano tende comprate da Decathlon. Dal momento che il Blue Book, la bibbia dell'Oms con i requisiti per ottenere la certificazione, spesso dà solo linee guida – tipo “ricoveri sicuri” – che ognuno interpreta come vuole.

VIETATO INNERVOSIRSI

Finalmente l'azione. «Quando arrivi» spiega ancora Filidei «la prima cosa è stabilizzare i pazienti. Qui il protocollo internazionale è riassunto dalla sigla ABC che sta per *airways* (assicurarsi che le vie aeree siano libere), *breathing* (che effettivamente respiri), *circulation* (controllare la circolazione sanguigna). Ciò che serve, compreso l'eventuale defibrillatore, sta tutto in uno zainetto. Durante questo primo intervento altri gonfiano le tende, partendo da quella per il pronto soccorso, la sala operatoria, il reparto traumatologico con radiografie e quello materno-infantile. Per finire con le cinque tende dormitorio per i sanitari e gli addetti alla logistica, volontari di Anpas, Croce Rossa e Misericordie. Quando tutto va bene in 12 ore dall'arrivo l'ospedale è operativo». Nelle varie esercitazioni che fanno, durante l'anno, una delle cose più importanti, assicura il chirurgo pisano, è il «team building» che al vostro cronista è sempre sembrato – tra giochi di ruolo e salti nel vuoto con la speranza che i tuoi colleghi ti prendano al volo – un passatempo americaneggiante per manager in cerca di diversivi ri-

spetto al weekend in famiglia. Non stavolta: «Perché qui devi lavorare, in circostanze estreme, con persone che conosci poco. Senza una vera gerarchia. Quindi andare d'accordo è vitale perché non puoi certo litigare, ma nemmeno essere nervoso, mentre operi». Tendenzialmente funziona. E quelli che restano in ospedale in patria non si lamentano più di tanto se devono lavorare di più per compensare l'assenza dei colleghi in missione. «Si parla spesso male del Ssn» rivendica questo compatto, lucidissimo, articolato, quarantasettenne chirurgo, «ma qui ci sono molti spunti per vederlo al suo meglio, quando non solo resiste nonostante le mille difficoltà ma rialza la testa e rilancia».

All'inizio della procedura per la certificazione, infatti, la Mugnai Poggesi aveva contattato tutte le Asl e le Aziende ospedaliero-universitarie della Regione: «Se c'è qualcuno interessato a fare parte di un gruppo di 300 persone da cui pescare, all'occorrenza, una squadra di pronto intervento...». E sapere che ha trovato tanta gente disposta, invece del già caldo fronte in corsia, a farsi avanti per essere aviotrasportata nei più incandescenti inferni del Pianeta solo per tener fede al giuramento d'Ippocrate, beh è la più ribalda risposta ai tagli al servizio sanitario. Rispetto al Pil, beninteso, l'unico indicatore che conta. Come sanno tutti i medici e come il governo finge di ignorare. Sull'emergenza questi sanitari sono i numeri uno. Ma neppure loro la consiglierebbero come strategia per il Paese.

Riccardo Staglianò

ANCHE SE
È GONFIABILE,
PUÒ SVOLGERE
LE IDENTICHE
MANSIONI DI
UNA STRUTTURA
IN MURATURA

IL CHIRURGO:
«CI SIAMO
INVENTATI
TANTISSIME
SOLUZIONI
MA **SENZA**
BREVETTARLE»

TRANNE
UN FUNZIONARIO,
SIA MEDICI
CHE ADDETTI
ALLA LOGISTICA
SONO **TUTTI**
VOLONTARI



Il chirurgo **Federico Filidei** e la funzionaria **Alessia Mugnai Poggesi** dell'Emt2 Toscana



La sanità I dati dell'emergenza sul sito della Pisana. Molti i pazienti nei reparti d'emergenza con patologie non gravi

Mille malati in attesa di ricovero

Pronto soccorso della regione ancora in crisi: alle 15.30 nella Capitale in 450 senza un letto

di **Clarida Salvatori**

Il pronto soccorso di Roma e del Lazio sono ancora in affanno. Dall'inizio dell'anno il numero degli accessi nei Dipartimenti di emergenza è molto alto, come alto è il dato di chi aspetta su una barella un posto letto in reparto. Ieri, secondo i dati del sito regionale SaluteLazio, alle 15.30 si erano recati in pronto soccor-

so per assistenza medica oltre 2.500 persone; di queste 965, vale a dire poco meno del 40 per cento, aspettava di essere trasferito in corsia. A Roma, negli otto ospedali più affollati si contavano 940 malati, 450 in attesa di un posto. Alle 19 la situazione era migliorata. Ancora troppi però gli accessi inappropriati di chi si presen-

ta con sintomi e patologie di cui potrebbero farsi carico le strutture territoriali.

a pagina 2

La sanità

Nella regione il 40% dei malati non trova un letto per il ricovero

Situazione ancora critica nei Dea: alle 15.30 il picco della giornata anche a Roma

Non accenna a diminuire la pressione sul pronto soccorso di Roma e del Lazio. I numeri degli accessi nei Dea restano gli stessi (molto elevati) dall'inizio dell'anno. Così come molto elevata è la percentuale di pazienti che resta in attesa ogni giorno per l'assegnazione di un posto letto.

Ieri i dati pubblicati in tempo reale sul sito SaluteLazio, alle 15.30 elencavano circa 2.500 persone visitate nelle ultime 24 ore in tutti i dipartimenti di emergenza della regione, oltre 900 in trattamento, più di 400 in attesa di essere visitati e 965 (poco meno del 40 per cento degli accessi complessivi) ancora in attesa di vedersi assegnato un posto letto per essere ricoverati. A voler invece fare i conti della situazione negli otto principali ospedali romani, nei pronto soccorso c'erano 940 malati in trattamento, osservazione o attesa di presa in carico, di cui 450 in lista per es-

sere trasferiti in un'altra struttura o nel reparto idoneo alle loro condizioni di salute. Nonostante il presidente della Regione, Francesco Rocca, abbia da mesi «affittato» 350 posti letto dalle strutture private proprio con l'intento di decongestionare il pronto soccorso. All'Umberto I i medici in turno prestavano assistenza a 185 pazienti, al Gemelli a 163, al San Camillo a 132, mentre al Policlinico Tor Vergata sostavano 120 persone e al Sant'Andrea 105. Meno al Campus Bio-Medico, dove erano 81, al Pertini e al Sant'Eugenio erano 77.

Nel tardo pomeriggio, alle 19, la situazione è andata fortunatamente migliorando (con 2.288 presenti e 800 da ricoverare), ma i dati riferiti ai codici di accesso parlano di tante (troppe) persone che utilizzano il pronto soccorso in modo inappropriato. Dei totali 885 già in trattamento su tutto il territorio regionale i

codici rossi, quindi con priorità assoluta, erano 82, gli arancioni 271, ma i codici minori, ovvero azzurri, verdi e bianchi (rispettivamente urgenza differibile, entro 60 minuti), minore (120) e non urgenza (240) erano rispettivamente 394, 126 e 12.

Situazione leggermente meno complicata anche nei pronto soccorso della Capitale presi come campione più significativo. I malati in carico erano scesi da 940 a 854: nel dettaglio 169 all'Umberto I (contro i 185 di prima), 151 al Gemelli (163 alle 15.30), 111 al San Camillo (132), 105 a Tor Vergata (120). In calo anche al Sant'Andrea dove se ne contavano 93 invece di 105, al Campus Bio-Medico (75 anziché 81) e al Sant'Eugenio (69 al po-



sto di 77). Unico ospedale in controtendenza il Sandro Pertini, dove i pazienti erano aumentati da 77 a 81. Nello stesso orario aspettavano, anche da più di 24 ore, di essere trasferite in reparto 363 persone che erano già state visitate e sottoposte a tutti gli accertamenti e gli esami di cui avevano bisogno e che per questo

avevano fatto ricorso alle cure dei sanitari.

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Allarme

Molti pazienti con codici minori ingolfano le strutture

450

le persone in attesa di essere ricoverate in uno degli otto principali ospedali di Roma ieri alle 15.30

Parenti dei pazienti davanti al pronto soccorso del Gemelli (foto Benvenuti/LaPresse) e, a destra, dell'Umberto I (foto Stefanelli/LaPresse)



Calò
PAGAMENTO IMMEDIATO
06 85533622
339 2617280

Chiuso Ever
CHIUDE
PAGARE TUTTO IL
SALV. PREZZO

Ogni mille abitanti 8,5 medici e infermieri In Italia il record negativo è del Lazio

**Fondazione
Gimbe**

Carenza di personale sanitario. Ma una spesa per i dipendenti del servizio regionale superiore alla media, nonostante il Lazio sia in regime di piano di rientro. È un ricorso importante ai cosiddetti «gettonisti». Si potrebbero sintetizzare così i dati diffusi dalla Fondazione Gimbe in audizione alla commissione Affari sociali della Camera dei deputati sulle criticità in seno alla sanità.

La nostra regione occupa il gradino più basso della classifica per quel che riguarda il personale dipendente del sistema sanitario: il rapporto si ferma a quota 8,5 ogni mille abitanti, il dato (relativo al 2022) più basso di tutto lo Stivale e comunque al di sotto della media nazionale, che si attesta all'11,6. Le cause sono

tristemente note e sono da ricondurre ad anni di blocco del turn over, a causa delle condizioni a cui la Regione ha dovuto sottostare per rispettare il piano di rientro. «È urgente - ha specificato Nino Cartabellotta, presidente di Gimbe - rilanciare le politiche sul capitale umano per valorizzare la colonna portante della sanità pubblica, rendendo nuovamente attrattiva la carriera nel Servizio sanitario nazionale. Diversamente non si riuscirà a garantire il diritto alla tutela della salute».

Ne consegue un gran ricorso ai «gettonisti», professionisti a chiamata per i singoli turni. «La carenza di personale sanitario - ha continuato Cartabellotta -, unita all'impossibilità per le regioni di aumen-

tare la spesa per i dipendenti a causa dei tetti, negli anni ha alimentato il fenomeno dei «gettonisti»: medici, infermieri e professionisti reclutati tramite agenzie di somministrazione del lavoro e cooperative, con i relativi costi rendicontati come spese per beni e servizi».

Dallo studio Gimbe emerge anche che nel 2023 nel Lazio ogni residente ha sostenuto una spesa di 560 euro per il personale sanitario. La seconda più bassa, dopo la Campania che si ferma a 559, lontana ancora una volta dalla media italiana che è stata di 672 e inferiore di oltre il 50% rispetto alla prima posizione, che viene occupata dalla provincia autonoma di Bolzano, dove si spendono 1.405 euro. Sempre

in tema di costi, nel Lazio nel 2022 la spesa annua per un dipendente è stata di 63.500 euro (nel resto del Paese la media è di 57mila).

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La spesa

Nel 2023 ogni residente ha speso 560 euro per i sanitari (1.405 la provincia di Bolzano)



Un'infermiera al lavoro

