

**28 ottobre 2024**

# **RASSEGNA STAMPA**



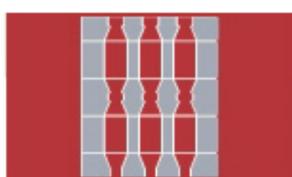
**ARIS**

ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI

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

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

S  
I  
R  
A



UMBRIA ECONOMIA

SANITÀ SENZA FRONTIERE

► Da oltre 150 anni la struttura di Assisi è un punto di riferimento nazionale e internazionale nell'aiuto e sostegno a bambini e giovanissimi che si trovano in condizione di grave disabilità

# L'Istituto Serafico, la nuova frontiera dell'assistenza

SANITÀ

ASSISI «Ogni persona è preziosa, ha un valore che non dipende da quello che ha o dalle sue abilità, ma dal semplice fatto che è persona». Le parole di Papa Francesco ben descrivono il principio guida dell'Istituto Serafico di Assisi, un'istituzione che da 153 anni rappresenta un faro di speranza e assistenza per bambini e ragazzi con gravi disabilità e per le loro famiglie. Con oltre 200 dipendenti, un centro di valutazione, poliambulatori e una struttura di ricerca propria, l'Istituto è un esempio di servizio accessibile e universale. Non a caso, nel tempo, l'Istituto è diventato uno dei simboli della città di San Francesco, preservata dai bombardamenti della Seconda Guerra Mondiale, protetta dalla grande croce rossa collocata sul tetto del Serafico a indicarne lo status di struttura sanitaria. Oggi l'Istituto si è evoluto in una struttura sanitaria all'avanguardia, offrendo 86 posti letto residenziali, di cui 19 assegnati a pazienti umbri, dato che ne sottolinea la rilevanza nazionale e al quale si aggiunge quello relativo ai 30 posti garantiti in regime semi-residenziale. Con ol-

tre 200 dipendenti e numerosi specialisti consulenti, l'Istituto opera come un'efficace macchina organizzativa, fornendo cure specializzate e supporto. Ma intorno al Serafico, per le attività ludico-ricreative dei giovani ospiti, gravita anche un vivace movimento di volontariato, il cui cuore è rappresentato dai novizi della Basilica di San Francesco. Un vero e proprio ecosistema nel quale assistenza professionale e impegno comunitario vanno di pari passo, col trattamento medico-sanitario che trova la sua espressione nel centro di valutazione diagnostica multidisciplinare che attira pazienti da tutta Italia. Dallo scorso maggio, è inoltre attivo il poliambulatorio, con sezioni specializzate in neurologia, oculistica e odontoiatria che si so-

no aggiunte ai servizi già esistenti di neuropsichiatria, fisioterapia e psichiatria. «Una nuova sfida che proietta l'Istituto in una dimensione nel quale funge sempre più da termometro di un servizio sanitario che deve tornare ad essere universale, accessibile anche alle persone in condizione di disabilità», spiega la presidente Francesca Di Maolo. L'Istituto ha infatti sviluppato soluzioni innovative per procedure mediche complesse, laddove anche semplici procedure come cure dentistiche, prelievi o radiografie richiedono la sedazione totale dei giovani assistiti. Parallelemente, esami più complessi come test oculistici o spirometria necessitano di apparecchiature specializzate, non facilmente disponibili altrove in Italia, coi familiari dei ragazzi in condizione di disabilità spesso costretti ad affrontare lunghi e continui viaggi della speranza. Così, riconoscendo anche il peso finanziario sulle famiglie, l'Istituto ha recentemente lanciato l'innovativo progetto «InAiuto» che richiamando la tradizione del «caffè sospeso» napoletano, crea un fondo per sostenere i bambini con disabilità e nuclei che affrontano ogni tipo di difficoltà, prefigurando una sorta



Gli ospiti del Serafico in visita da Papa Bergoglio

di «cura sospesa». «Facendo seguito alle nuove esigenze dettate dalla situazione politica internazionale e dalla pandemia, che hanno avuto come conseguenza una crisi economica globale - osserva Di Maolo - l'Istituto ha deciso di colmare le disparità sociali e sanitarie che colpiscono i bambini disabili del territorio nazionale». La conferma che il Serafico è una struttura in continuo movimento con un modello costantemente aggiornato. Un approccio confermato dall'adozione nell'assistenza dell'intelligenza artificiale e della



tecnologia avanzata, finanziata attraverso una combinazione di risorse pubbliche e donazioni private. Dal 2018, il suo centro di ricerca è impegnato in studi pionieristici, in stretta collaborazione con la comunità internazionale. Tra questi, il progetto sulla comprensione di come bambini e ragazzi non comunicativi con gravi disabilità esprimono il dolore. Un modo per capire, ad esempio, che uno stato di agitazione potrebbe indicare un disagio fisico piuttosto che una crisi comportamentale.

Fabio Nucci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'intervista** Francesca Di Maolo

## «Siamo noi una vera e attenta sentinella dei nuovi bisogni speciali di molte famiglie»

Una realtà all'avanguardia nella ricerca di risposte, non solo sanitarie, sempre più personalizzate e una «sentinella» dei nuovi bisogni. L'Istituto Serafico di Assisi si conferma riferimento nazionale nell'assistenza di bambini e ragazzi in condizione di grave disabilità. Lo conferma la presidente Francesca Di Maolo che sta accompagnando un percorso virtuoso sostenuto da risorse pubbliche e private, con un occhio alla ricerca, l'altro all'innovazione tecnologica e all'AI. Presidente Di Maolo, l'Istituto Serafico è sempre più una realtà di riferimento nazionale.

«È un centro di alta specializzazione nel campo dei disturbi del neurosviluppo di giovani adulti con disabilità gravissime e/o con disturbi del comportamento e per questo abbiamo uno spazio di azione nazionale. Il Serafico nasce con questa vocazione: per rispondere ai bisogni educativi di ciechi, sordi e disabili gravissimi non ammessi all'istruzione. Poi, è diventato un centro sanitario che accoglie specie bambini e ragazzi in condizione di disabilità grave e gravissima. Quali criticità affrontate? «L'essere liberi di rispondere ai bisogni di una disabilità che si diversifica. Siamo inseriti in un sistema di welfare che standardizza bisogni e

prestazioni che invece sono diversi da caso a caso. È un sistema farraginoso, perché le necessità sono diverse e così non si arriva in modo efficace ai problemi delle persone. La sfida è realizzare un sistema equo, rispondendo a ciò che il singolo caso richiede». Una criticità, ma anche una potenzialità. «In questo senso diventiamo «sentinella» dei nuovi bisogni: si è creato un modello per uscire da queste maglie rigide, attivando risorse economiche che arrivano dalla comunità e dal fundraising. Questo ci aiuta a dare risposte individualizzate ai limiti delle persone e ci dà la pos-

sibilità di intercettare i talenti di ragazzi e bambini con grave disabilità, dando loro modo di esprimersi». In che modo? «Grazie anche a investimenti in AI e alla ricerca, accanto a quelle sanitarie sono state attivate prestazioni innovative. Cerchiamo anche di uscire dall'ambito prettamente sanitario, intercettando talenti e risorse dei ragazzi tramite attività che spaziano dalla radio al teatro, dall'arte all'ortoterapia nelle quali sono accompagnati a partecipare alla vita. Azioni che sviluppano la persona in tutte le sue dimensioni».



Francesca Di Maolo

L'Istituto come si relaziona col territorio? «È un ente convenzionato e nel tempo la collaborazione con Asl e personale dei servizi sanitari regionali si è rafforzata. Ma sono forti anche i rapporti coi privati che sostengono le nostre progettualità: questo ci consente di ribaltare il modello Welfare state, lo Stato che paga una

convenzione e sorregge, nel Welfare society, nel quale la società contribuisce. Il «pubblico» è fondamentale ma accanto ci sono le relazioni con volontari, cittadini, imprese ed enti del territorio. È la risorsa maggiore del Serafico: ha alimentato la sua storia e ci proietta nel futuro». Quale la sfida più difficile fin qui affrontata? «Sicuramente il Covid. Avendo un centro residenziale con ospiti da tutta Italia ci siamo trovati i genitori fuori e dentro bambini che non potevano uscire, con la responsabilità di proteggerli dal virus e di garantirgli loro una vita piena, riuscendo ad essere «famiglia» laddove le loro erano lontane. E far capire cosa accadeva a bambini con gravi deficit cognitivi non è stato semplice».

Fa.Nu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# L'OLIO NOVELLO

Un momento unico di convivialità per assaporare L'OLIO EXTRA VERGINE DI OLIVA NOVELLO appena franto accompagnato da un buon bicchiere di vino e prodotti aziendali, con i nostri omaggi

Dal 19 Ottobre e per tutti i weekend fino al 24 novembre 2024  
al Frantoio

GRADASSI di Campello sul Clitunno (PG)

www.gradassi.com

Degustazione GRATUITA dalle ore 10.00 alle 19.00

In concomitanza con Frantoi Aperti il Frantoio GRADASSI

rimarrà aperto per visite tutti i week-end di Novembre e fino a l'8 Dicembre

Via Virgilio, 2 / Campello sul Clitunno (PG) Umbria / Tel. 336 24 57 43 / gradassi@mclink.it



GRADASSI  
CAMPELLO SUL CLITUNNO





la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo

Lunedì 28 ottobre 2024

Oggi con Affari&Finanza

€1,70

L'INCHIESTA

“Spiamo il Parlamento”

La banda degli hacker aveva 800mila dossier rubati dal Viminale. Tra i nomi dei politici anche Renzi

Ordinato un report su La Russa. Il presidente del Senato: “Pazzali? Un amico”

Nell'archivio dell'agenzia di Pazzali c'erano 800 mila fascicoli rubati al Sdi...

di De Riccardis, Di Raimondo, Foschini, Frascilla Manacorda, Salvo e Vecchio

Quella lotta per il segreto

di Marco Belpoliti

In un film geniale, La conversazione del 1974, nato dalle vicende dello scandalo Watergate...

segue a pagina 28

Elezioni

Liguria alle urne affluenza in calo

di Lorenzo De Cicco

a pagina 10

Il caso

Alta tensione in Georgia “Brogli russi voto falsato”



dalla nostra inviata Rosalba Castelletti a pagina 17

Mappe

L'insicurezza quotidiana

di Ilvo Diamanti

In una Mappa recente abbiamo proposto i dati di un sondaggio di Demos sui problemi che inquietano gli italiani...

a pagina 13

Medio Oriente



Tel Aviv La carcassa dell'autobus dopo lo schianto che ha provocato oltre 30 feriti e un morto

Tel Aviv, terrore alla fermata del bus

dai nostri inviati Paolo Brera e Fabio Tonacci alle pagine 14 e 15

Una difesa europea

di Bernard Guetta

C'è qualcosa di peggio delle ingerenze russe. Se in Moldova il “si” all'Unione europea ha vinto di stretta misura...

segue a pagina 28

Montura advertisement with image of a cyclist and text: Wherever you go. E' ignoto che mi attrae. Scopri l'avventura...

Ferrari advertisement with text: FI IN MESSICO Ferrari da sogno, trionfo di Sainz. Inter-Juve pareggio show Yildiz entra e fa doppietta.

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821  
Roma, Via Campana 20 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

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

**V**  
**VALLEVERDE**

**Dopo il voto contestato Georgia, allarme Ue Ma arriva Orbán**  
di Ricci Sargentini e Valentino  
alle pagine 15 e 30

**Terzo Leclerc Trionfo Ferrari: vince Sainz**  
di Sparisci e Terruzzi  
alle pagine 42 e 43

**VALLEVERDE**

**L'Europa e gli Usa**  
**COPIARE NON BASTA (PIÙ)**  
di Francesco Giavazzi

**N**egli ultimi 80 anni il reddito per abitante in Europa, rispetto agli Stati Uniti, ha attraversato due fasi diverse. Alla fine della guerra, nel 1945, il reddito europeo si era ridotto a meno di un terzo di quello americano. Poi, anche grazie al Piano Marshall, l'Europa si riprese rapidamente: in 50 anni il divario con gli Usa era colmato. A quel punto, però - siamo a metà degli anni '90 - la convergenza si è fermata e il divario ha ricominciato a crescere. Oggi il reddito pro capite europeo è di nuovo inferiore, di un 20% circa, a quello americano. Lo stesso andamento, a grandi linee, è stato registrato in Giappone. C'è una spiegazione comune: negli anni Novanta, sia in Europa sia in Giappone, si è esaurita la fase di «crescita per imitazione»: una crescita basata sul copiare, e spesso migliorare, prodotti inventati dagli americani (pensate alle automobili tedesche, all'elettronica giapponese e anche agli elettrodomestici italiani). Quando un'economia raggiunge la frontiera della tecnologia, «crescere per imitazione» non è più possibile: bisogna innovare, saperlo fare. Il guaio è che le istituzioni che aiutano un Paese a «copiare» (grandi banche che offrono finanziamenti a lungo termine, grandi imprese con una forza lavoro stabile) non sono le stesse che servono per innovare. Che cosa serve per innovare? Un mercato dei capitali agile, pronto a finanziare idee nuove. Scienziati. E imprenditori, capaci di trasformare in imprese, appunto, quelle idee sviluppate nei laboratori delle università.

**L'accusa: dossier per ricatti e favori ai potenti. Meloni: azioni intollerabili. La banda controllò Renzi**  
**«Rischio per la democrazia»**  
I pm sulle banche dati violate. Nel mirino anche La Russa col figlio Geronimo

di **Luigi Ferrarella e Cesare Giuzzi**  
Banche dati violate, i pm avvertono: «Rischio per la democrazia». Controllato anche il presidente del Senato La Russa. «Il dossieraggio è intollerabile» commenta la premier Meloni.  
da pagina 2 a pagina 6

**LE MISURE**  
**Piano del governo «anti-hacker»**

di **Monica Guerzoni**  
Il piano del governo con decine di milioni per blindare i dati.  
a pagina 4

**GIANNELLI**  
IL MINISTRO DELLA CULTURA e Hagen per riscattare l'onore della regina uccise Sigfrido

**L'INTERVISTA - IL PRESIDENTE DEL SENATO**  
**«Io disgustato, ora capire chi spia e per chi lo fa»**

di **Paola Di Caro**  
«Sono disgustato — dice il presidente del Senato La Russa —, occorre capire chi commissiona i dossier e perché».  
a pagina 5

**LA RIFONDAZIONE DEL MOVIMENTO**  
**Nuovo nome per il M5S Conte prepara il dopo Grillo**

di **Claudio Bozza**  
Nessun nuovo partito, ma una rifondazione «contista» sì. Con un nome ripensato per ridare linfa al vecchio M5S.  
a pagina 11

**AL MADISON SQUARE GARDEN**  
**Attacchi a Harris e battute feroci: è il Trump-show di New York**

di **Viviana Mazza**

A pochi giorni dal voto Donald Trump approda nella «sua» New York per un comizio show. Ad ascoltarlo migliaia di fan repubblicani. Al Madison Square Garden, il «team Trump», tra speaker e comici, ha attaccato duramente Kamala Harris e l'ex sfidante Hillary Clinton.  
a pagina 17

**Serie A Nerazzurri avanti di due gol, poi la rimonta del bianconeri**



**Calcio-spettacolo a San Siro**  
**Tra Inter e Juve finisce 4 a 4**  
di **Bocci, Dallera, Nerozzi e Tomaselli**  
Poggia di gol a San Siro. Alla fine non vince nessuno, Inter e Juve pareggiano 4-4. I nerazzurri, avanti per 4-2, si fanno rimontare nel finale. Decisiva la doppietta del turco Yildiz subentrato dopo un'ora.  
alle pagine 38 e 39

**Piacenza I parenti di Aurora, 13 anni**  
**«Così il fidanzato l'ha buttata giù dal settimo piano»**

di **Alfio Sciacca**  
La mamma e la sorella di Aurora, la 13enne morta perché precipitata dal terrazzo del settimo piano di un palazzo a Piacenza, accusano l'ex fidanzato: «Lui era ossessionato, non accettava la fine della relazione... l'ha picchiata e buttata giù».  
a pagina 19

**DATAROOM**  
**La crisi (e gli interessi) dei medici di famiglia**  
di **Milena Gabanelli e Simona Ravizza**  
L'assistenza territoriale che ruota intorno ai medici di famiglia è in crisi da tempo, ma non cambia nulla. I vertici di categoria puntano sulle visite a pagamento.  
a pagina 23

**BADANTI? COLF?**  
**GALLAS GROUP**  
Troviamo NOI la badante giusta per TE!

**ULTIMO BANCO**  
di **Alessandro D'Avenia**  
**Albert e Max**  
La bella serie televisiva di Sidney Sibilia dedicata alla nascita degli 883, colonna sonora delle adolescenze di inizio anni '90 come la mia, si apre curiosamente in Germania, un secolo prima. Si vede un quindicenne, Albert, punito dal padre per i risultati scolastici con un soggiorno a Pavia, la stessa città («due discoteche e 106 farmacie») che unirà Massimo Pezzali e Mauro Repetto negli 883. Il ragazzo tedesco è Albert Einstein. Le cose andarono in modo un po' diverso (Einstein non fu bocciato, di fatto scappò...) ma la sostanza resta. Tutto comincia dal banco occupato dall'uomo che ha rivoluzionato la fisica: l'ultimo. Proprio 130 anni fa, nell'ottobre 1894, un professore riprende duramente Al-

**Albert e Max**

**HERNO**

### IL CASO DI TREVISO

Quei genitori fuori dalla realtà  
"No al film sull'omofobia a scuola"

LAURA BERLINGHIERI - PAGINA 20



### GLI SPETTACOLI

La nuova vita di Elena Sofia Ricci  
"Sono sola, consiglio l'analisi"

ADRIANA MARMIROLI - PAGINA 28



### IL PERSONAGGIO

Bartoletti: "Dalla serisse per me  
Così lanciammo Fabio Fazio"

FILIPPO MARIA BATTAGLIA - PAGINA 22

SOLO NEI  
MIGLIORI  
BAR

# LA STAMPA

LUNEDÌ 28 OTTOBRE 2024

CAFFÈ  
COITADORO  
FONDATA 1981

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 158 II N. 298 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)

GNN

IPM DI MILANO: "NELLA RETE ANCHE 007 E CLAN". REPORT SU RENZI E LA RUSSA. IL PRESIDENTE DEL SENATO: SCHIFATO

## "Spioni, democrazia a rischio"

Meloni: dossier eversivi, i giudici vadano fino in fondo. Buchi al Viminale, il governo prepara la stretta

### IL COMMENTO

Perché la politica  
non è più libera

FLAVIA PERINA

La parola dossieraggio costella la storia della Prima Repubblica e tutt'ora sappiamo poco su come e quanto ne abbia determinato le vicende. Ma quelli erano dossier costruiti e gestiti da uomini dello Stato con la giustificazione (o l'alibi) della Guerra Fredda. Il dossieraggio dei tempi nuovi, il dossieraggio della Equalize, dei bancari in apparenza innocui, degli hacker capaci di bucare il ministero della Giustizia o la Tim, non può nemmeno ammantarsi di quel sottile velo di ipocrisia. Sono traffici di informazioni gestiti da privati per soddisfare interessi di cui abbiamo appena percepito le dimensioni e l'appetito: l'ultima inchiesta ruota intorno a ottocentomila rapporti tratti dalle banche dati delle forze dell'ordine, compresi documenti di interesse per la sicurezza nazionale, compresi leak sulle massime cariche dello Stato. Dobbiamo per forza immaginare che questa enorme massa di accessi illegali abbia avuto committenti o sia stata comunque giudicata commerciabile perché utilizzabile a fini di ricatto. Dobbiamo per forza presumere che a questi traffici silenziosi fossero legati i ripetuti allarmi di Giorgia Meloni e Guido Crosetto su attività di intelligence illegali. Dobbiamo per forza rivedere la versione che attribuiva questi allarmi a un'ossessione complottista. - PAGINA 25

DIMATTEO, LEGATO, LOMBARDO,  
OLIVO, SERRA, SIRAVO

Il presidente di fondazione Fiera Milano Enrico Pazzali e Ignazio La Russa sono «amici di vecchia data». Ma, per l'accusa, anche sul conto del presidente del Senato sarebbe stato realizzato un report dalla banda degli spioni, attraverso la piattaforma Beyond. - PAGINA 24

Caselli: enormi profitti  
dietro c'è la mafia

Irene Famà

### IL DIBATTITO

Con le manovre non si fa la storia

MASSIMO CACCIARI

Che Giorgia Meloni avverta il bisogno di "fare la storia" è cosa certamente encomiabile. Dio sa quanto sarebbe necessario! Una formidabile politica di redistribuzione della ricchezza per impedire la frana da ceto medio a proletariato (coloro che non posseggono se



non la propria prole) e da proletariato a miseria, di tanti nostri concittadini; un rovesciamento della tendenza decennale al ritorno a una scuola e a una sanità di classe; la riforma di un assetto regionalistico fonte di sprechi e spese incompatibili con ogni politica sociale. - PAGINA 25

### LE ELEZIONI USA

"Torneremo potenti"  
"Con me sarete liberi"  
Le due Americhe  
di Trump e Harris

CUZZOCREA, SIMONI



«Vogliamo un Paese di paura e odio - chiede Kamala Harris a Philadelphia - o di libertà e giustizia?». «Torneremo potenti» risponde Donald Trump da New York. - PAGINE 8

### IL SONDAGGIO

Gaza e gli italiani  
"Troppi civili uccisi"

ALESSANDRA GHISLERI

La percezione degli italiani sul conflitto in Medio Oriente è sempre stata, fin dallo scorso 7 ottobre 2023, complessa, variegata e influenzata da fattori storici, politici e sociali. Il che ha favorito un dibattito acceso e polarizzato politicamente. Esistono diversi fattori sociopolitici ed economici che mettono in allarme la popolazione nostrana per le possibili ripercussioni del conflitto sulla sicurezza interna del nostro paese che si traduce in seria preoccupazione per i possibili atti di terrorismo che si potrebbero attivare sul territorio europeo come - purtroppo - abbiamo imparato dalla caduta delle Torri Gemelle. Le principali preoccupazioni degli italiani risiedono nella possibile escalation del conflitto (40,9%) e nell'impatto umanitario (31,5%). - PAGINA 10

### IL COLLOQUIO

Nafisi: in Iran e Israele  
il popolo vuole la pace

Francesca Paci

SPETTACOLARE 4-4 CONTRO L'INTER A SAN SIRO

## Infinita Juve

BARILLA, BUCCHERI, SCACCHI, ZONCA

Toro, Cairo vede Red Bull

CLAUDIA LUISE, ELISA SOLA

«Quando Red Bull entra non è un caso. Lo fa per rafforzarsi e restare». - PAGINA 31

SAINZ TRIONFA IN MESSICO, LECLERC TERZO

## Potere Ferrari

JACOPO D'ORSI

La remuntada di Bagnaia

MATTEO AGLIO

A Bagnaia non resta che vincere ed è tornato a farlo ieri, in Thailandia. - PAGINA 35

### L'INTERVISTA

Zaia: la magistratura  
pilastro democratico

Paolo Festuccia

### L'ANNIVERSARIO

Il mio Ernesto Ferrero  
intellettuale dell'eccesso

ANTONIO FRANCHINI

Scrivere un ricordo di Ernesto Ferrero significa fatalmente instaurare una affettuosa competizione con lui nell'arte in cui più eccelle, il ritratto. Un'impresa senza speranza. In coerenza con l'esercizio di uno tra i più nobili dei mestieri servili, quello dell'editoria, Ernesto aveva ricavato per sé la postura defilata del testimone. - PAGINA 26



### L'ANTICIPAZIONE

Manuel Agnelli: "Ero snob  
Novara mi ha cambiato"

MANUEL AGNELLI

Era l'autunno del 1980, avevo 14 anni e mi ero iscritto all'Istituto Tecnico Agrario "Bonfantini" di Novara. Strana scelta per un ragazzino milanese che aveva studiato musica classica, suonava il pianoforte e che, mai e poi mai, avrebbe pensato di intraprendere quel percorso didattico. - PAGINA 23



PEDIACOOP H24  
GROUP

Sei un Medico specializzato in Neurologia o Urologia?

Scopri di più [info@pediacoop24.it](mailto:info@pediacoop24.it)  
+39 338 43 12 471



# Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 287  
Sped. in A.P. 03/03/2003 con L.46/2004 art.1 c.1 DC 381

NAZIONALE



Lunedì 28 Ottobre 2024 • ss. Simone e Giuda

IL MERIDIANO

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

### Il sindaco: lo proietto io

#### «Inadatto alle scuole»

#### Polemica a Treviso sul film anti-omofobia

Loiacono a pag.13



### Motomondiale

#### Bagnaia domina e vince sul bagnato nel GP di Thailandia

Arcobelli nello Sport



### Leclerc arriva terzo

#### Trionfo di Sainz Ferrari davanti anche in Messico

Ursicino nello Sport



### L'editoriale

## PARADOSSO CULTURA, MAI STATA COSÌ CENTRALE

Alessandro Campi

Le polemiche furibonde che da settimane hanno per epicentro il ministero della cultura - tra colpi bassi politici e risvolti tragicomici, accuse costruite ad arte e allegro chiacchiericcio giornalistico, errori palesi di conduzione e oggettive strumentalizzazioni - presentano, a considerarle con attenzione, un risvolto paradossalmente positivo e apprezzabile: mai nell'Italia recente s'era discusso così tanto di cultura in rapporto alla politica (o di politica in rapporto alla cultura, fra lo stesso).

E mai ci si era così tanto accapigliati per un dicastero in fondo minore se messo a paragone con altri: interni, economia, giustizia, esteri, difesa... Tanto che nelle trattative per la formazione dei governi, come si ricorderà sin dai tempi della Prima Repubblica, non è ai big di partito che esso viene abitualmente destinato, ma ai papabili della seconda fila. Incarico prestigioso, intendiamoci, quello alla cultura: tanto che lo hanno avuto figure eminenti di politici e intellettuali. Ma chi vada a leggere i nomi dei ministri che si sono succeduti al Collegio Romano dal 1974 ad oggi scoprirà anche che l'hanno occupato dei quasi perfetti sconosciuti e talvolta personalità, per dirla educatamente, non di grandissimo spessore, che dietro di sé hanno infatti lasciato zero tracce e nessuna memoria.

Oggi pare invece che le sorti di questo governo, e quelle della stessa Repubblica democratica, dipendano da quel che accade al ministero della cultura.

Continua a pag. 14

## «Dossier, pericolo democratico»

► I pm: la banda di hacker aveva contatti con servizi stranieri. Accessi alle banche dati del Viminale Spinati La Russa e la mail di Mattarella. Meloni: «Intollerabile in uno Stato di diritto, questa è eversione»

ROMA L'inchiesta hacker, i pm: un pericolo per la democrazia. Un dossier anche su La Russa, violata una mail di Mattarella.

D'Etorre, Errante e Guasco da pag. 2 a pag. 5

### Il pranzo con il titolare del Mic

#### Nel giorno di Report la premier blinda Giuli

#### Rivelata la ferita-choc di Boccia a Sanguliano

Francesco Bechis



zò: «Andiamo avanti». E lui: «Senza autonomia non sarei qui». La trasmissione mostra la foto shock dell'aggressione di Boccia all'ex direttore del Tg2 Sanguliano.

A pag. 10

### L'analisi

#### LA CORSA DELL'ORO E LA NECESSITÀ DI NUOVE REGOLE

Angelo De Mattia

L'oro è in ascesa. Siamo lontanissimi dai tempi in cui poteva avere un qualche valore - monito la famosa espressione di Virgilio: (...)

Continua a pag. 14

### Intervista al ministro degli Esteri

#### Tajani: «Da Israele un'azione mirata Teheran non reagisca ma negozi la pace»

Mario Ajello



Messaggero: «L'Iran deve anche convincere Hezbollah e Houthis non attaccare più Tel Aviv. La diplomazia italiana, come nel G7, può giocare un ruolo».

A pag. 9

### Disastro a Firenze per i giallorossi: finiscono in dieci (5-1), processo al tecnico. I biancocelesti battono il Genoa (3-0)



#### Non c'è solo il ritorno di De Rossi

#### Ipotesi Ranieri

Andrea Sorrentino

Il leggiadro la povera Roma non ha più nulla. La scossa non poteva arrivare da Ivan Juric, l'uomo sbagliato, nel momento sbagliato.

Nello Sport

## Roma, Juric verso l'addio

### La Lazio vola con le big

Ivan Juric al Franchi dopo il 5-1 incassato dalla sua Roma contro la Fiorentina. Foto: A. Iato. Matias Vecino, autore del terzo gol della Lazio al Genoa. Foto: L'Espresso. Nello Sport

### L'inchiesta

#### La beffa delle Tac: ci sono, ma restano sottoutilizzate

Mauro Evangelisti

Le liste di attesa che affliggono la sanità italiana sono anche il frutto avvelenato di apparecchiature per la diagnostica con un'età media di 10 anni, spesso anche 15, e al contempo di un utilizzo poco efficiente, perché invece di lavorare a pieno regime, spesso funzionano per poche ore al giorno. Motivo: mancano soprattutto i tecnici e gli infermieri, ma anche i radiologi.

A pag. 11

### PRIMI SINTOMI INFLUENZALI

### PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C.

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

### RAFFREDDORE

### Il Segno di LUCA

#### VERGINE IN PRIMA FILA

La tua settimana inizia con la Luna nel segno, che ti rende recettivo a quello che avviene attorno a te e agli stati d'animo altrui, aperto ai messaggi dell'istinto. C'è una certa impazienza nell'aria e sembra attraversato da numerose idee che non sempre è facile tradurre in azioni, ma che sono comunque molto stimolanti. Nel lavoro vorresti dare tutto, sei guidato da un atteggiamento entusiasta che attenua l'autocritico eccessivo.

#### MANTRA DEL GIORNO

Ognuno misura con un proprio metro.

IN COPERTURA INDOVINA  
L'oroscopo a pag. 14

\* Tardano con altri quotidiani (in ordine alfabetico): il quotidiano di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con Fotomessaggero € 1,40; il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; il Paese, il Messaggero - Prime Page, il Paese € 1,50; il giornale di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; "Roma strepata" - € 0,90 (solo Roma)

L'ANALISI DEI DATI

## Spese mediche fuori dai tagli, ma cresce il costo delle prestazioni

Il bonus sulle spese mediche resta fuori dal taglio delle detrazioni previsto dalla manovra per il 2025. L'analisi dei modelli 730 presentati tramite il Caf Acli evidenzia però il peso crescente dei costi per la salute sostenuti dalle famiglie: +13,7% rispetto alle dichiarazioni 2020, con una punta del 24,7% per le

spese specialistiche. E un calo del 3,5% per i ticket al Ssn.

**Aquaro, Dell'Oste, Tarabusi**

—a pag. 6

# Spese mediche fuori dai tagli, ma è boom di visite (+25%)

**Dichiarazioni.** L'analisi del Caf Acli evidenzia l'incremento del ricorso al privato tra il 2019 e il 2023. Calano gli oneri per ticket sanitari

**Dario Aquaro  
Cristiano Dell'Oste**

Il bonus sulle spese mediche resta fuori dal taglio delle detrazioni. Diversamente da quanto ipotizzato nei giorni precedenti, il testo della manovra 2025 inviato mercoledì scorso dal Governo al Parlamento non tocca l'agevolazione del 19% su medicinali, ticket e prestazioni sanitarie. L'analisi dei modelli 730 presentati quest'anno tramite il Caf Acli evidenzia però il peso crescente dei costi per la salute sostenuti dalle famiglie: +13,7% a livello complessivo rispetto alle dichiarazioni 2020, con una punta del 24,7% per le spese specialistiche. E un calo del 3,5% per i ticket al Servizio sanitario nazionale, da ricondurre probabilmente a un minor ricorso al sistema pubblico.

Le analisi del Caf Acli su una platea di 913mila contribuenti, per i quali è stato elaborato il modello 730 tra il 2020 e il 2024, permettono di spaccettare l'importo indicato nel rigo «E1» della dichiarazione. È un'elaborazione possibile grazie al fatto che gli operatori del Caf catalogano i giustificativi dei clienti sulla base dei vari capitoli di spesa.

Il periodo analizzato parte dalle dichiarazioni riferite al 2019 e inquadra il calo delle spese sanitarie registrato nel 2020 in occasione della pandemia (tra visite, esami e interventi rinviati). Per poi proseguire mostrando l'incremento costante della somma media portata in detrazione, arrivata a 1.244 euro (al netto della franchigia di 129,11 euro) nei modelli

trasmessi alle Entrate quest'anno fino al 30 settembre e riferiti al 2023. L'incremento è di 150 euro in quattro anni e corrisponde, come detto, al 13,7 per cento.

**Caro prezzi e precompilata**

Si potrebbe pensare che l'inflazione abbia giocato un ruolo decisivo nel gonfiare naturalmente gli importi. Ma l'incremento della cifra



riportata nei dichiarativi resta del 9,4% anche attualizzando la spesa del 2019 con l'indice settoriale Istat (Ipsca, divisione «Servizi sanitari e spese per la salute»).

Un ruolo l'ha certamente giocato la dichiarazione precompilata dei redditi, grazie alla quale dal 2015 è costantemente aumentato l'utilizzo di tutti i bonus. Detto altrimenti, trovarsi in dichiarazione le cifre precaricate dal Fisco ha senz'altro fatto lievitare le detrazioni, anche se non si può dire esattamente di quanto. Di certo, l'analisi per capitoli di spesa permette di cogliere una serie di tendenze interessanti.

Il calo dei ticket sanitari e l'aumento delle spese specialistiche sono gli aspetti più evidenti. A medici privati, professionisti in regime intra moenia, cliniche e centri diagnostici si è rivolto nel 2023 il 45% dei contribuenti, con un esborso medio di 479 euro (+24,7% rispetto al 2019). Una platea più numerosa di quella che ha portato al Caf le ricevute dei ticket sanitari – il 34,1% – con una media di 159 euro (-3,5%).

La spesa per i farmaci da banco è cresciuta del 15,6% tra il 2019 e il 2023. Nell'ultimo anno si registra un calo di pochi euro nel Nord e nel Centro Italia, cui fa da contral-

tare un lieve ulteriore aumento nel Sud e nelle Isole. È questa, peraltro, la voce più diffusa (67% dei modelli 730), con un importo di 371 euro che non presenta grandi divari territoriali.

Tra le altre voci hanno un andamento stazionario le spese dentistiche, che vedono in ogni caso un importo medio molto alto, sopra i 900 euro. Mentre crescono le spese per l'ottica (occhiali e lenti a contatto), con una media 342 euro, saliti di quasi il 10% in quattro anni.

### Gli importi in gioco

L'evoluzione degli importi pare giustificare la scelta del Governo, che ha escluso i costi sostenuti per la salute dal massimale degli oneri detraibili destinato a scattare dal 2025 per i contribuenti con un reddito superiore a 75mila euro. In pratica, la detraibilità delle spese mediche continuerà a non incontrare limitazioni. Una decisione coerente tra l'altro con il fatto che questi oneri sono già esclusi dall'altra tagliola in vigore dal 2020, quella prevista per chi dichiara più di 120mila euro.

Alla luce dei redditi rilevati dal Fisco, comunque, un'ipotetica stretta su chi dichiara più di 75mila euro avrebbe coinvolto tutto som-

mato poche persone. Ce lo dicono i dati del dipartimento delle Finanze sulle dichiarazioni presentate l'anno scorso (e relative al 2022): gli italiani che hanno usato il bonus sulle spese mediche sono stati 21,6 milioni, di cui solo 964mila – cioè il 4,5% – con un reddito superiore a 75mila euro.

C'è poi un altro aspetto delicato svelato dalle statistiche ufficiali. Come succede con tutti gli altri bonus, anche le spese mediche portate in detrazione tendono a lievitare insieme al reddito: l'importo medio detratto è 1.061 euro per chi ha redditi fino a 75mila euro e diventa 1.922 euro per chi sta sopra a questa soglia. Al netto delle spese superflue, è un indizio preoccupante se si accompagna all'incremento del ricorso alle prestazioni private e al calo della sanità pubblica. Il dato fiscale potrebbe insomma offrire una prima evidenza numerica del fatto che chi ha redditi bassi spende meno del necessario per la propria salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La riduzione del plafond detraibile sui redditi oltre 75mila euro avrebbe coinvolto il 4,5% dei beneficiari

# 19%

## L'agevolazione

Le spese mediche (detraibili al 19% con franchigia di 129,11 euro) restano escluse dal taglio delle agevolazioni per i redditi alti.

# 2020

## Tracciabilità al via

Dal 2020 il bonus del 19%, comprese le spese sanitarie, vale solo in caso di pagamenti tracciati (bonifici carte, ecc.).

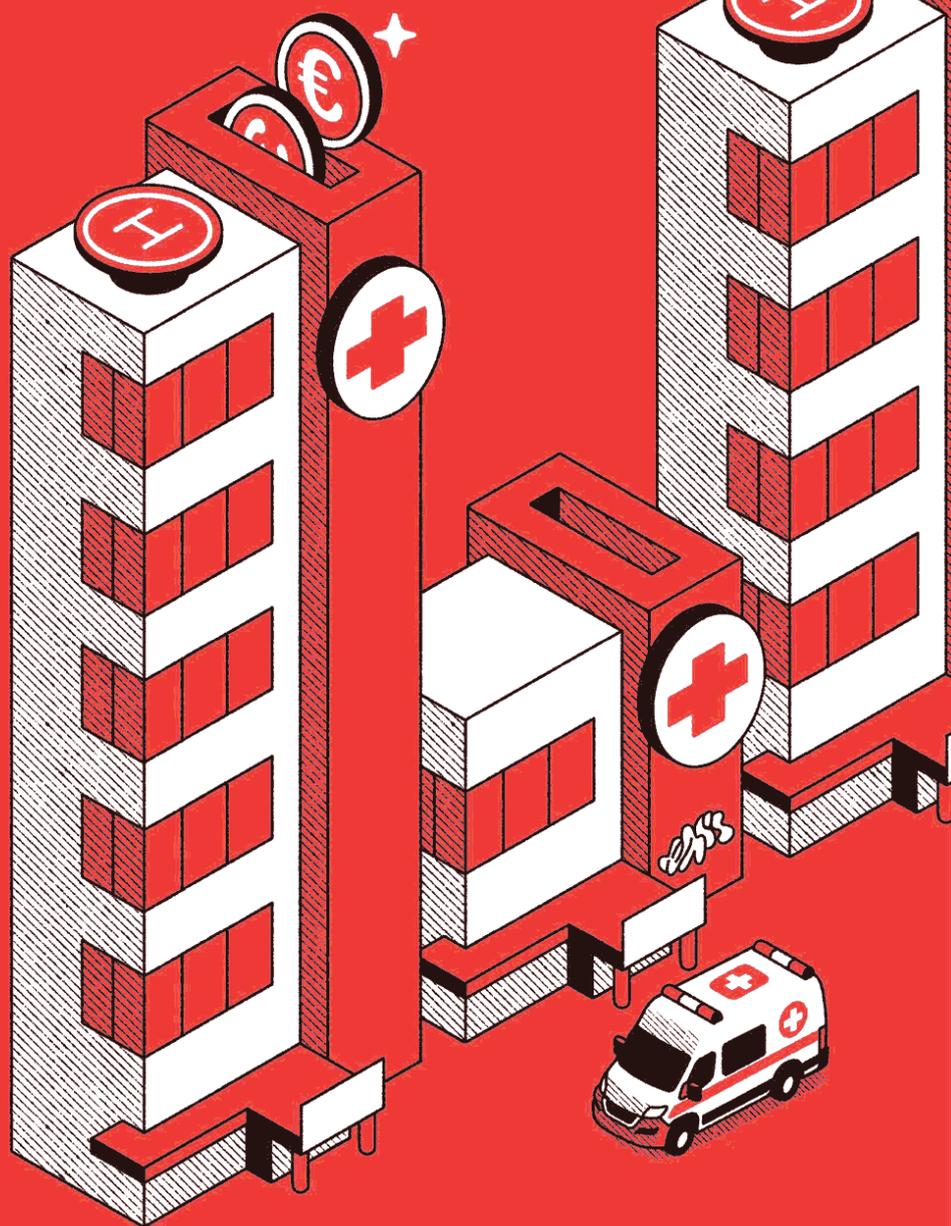
# 4mila €

## Figli a carico

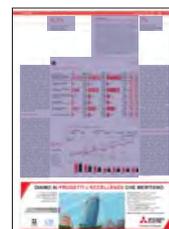
Il limite reddituale entro cui un figlio fino a 24 anni si considera a carico è di 4.000 euro. Oltre i 24 anni si scende a 2.840,51 euro.



# La povera sanità



La spesa pubblica è in calo, mai così in basso rispetto al Pil  
Ne approfittano i privati, a cominciare dagli ospedali accreditati  
che aumentano il fatturato per effetto delle liste d'attesa  
troppo lunghe. Così il costo delle visite specialistiche sale del 57%  
Michele Bocci e Carlotta Scozzari ● pag. 2-5



# Il costo della Salute Per le visite un aumento di 6 miliardi

Per le prestazioni specialistiche si paga il 57% in più  
È l'effetto del calo della spesa pubblica in rapporto al Pil mai così in basso come oggi

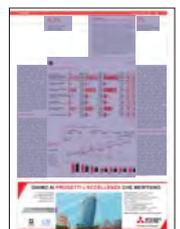
Michele Bocci

**C**ercano prestazioni specialistiche, cioè visite, esami e accertamenti diagnostici, ma nel sistema pubblico spesso non le trovano più. O almeno, non riescono ad ottenerle in tempi accettabili. La sanità italiana soffre e tra i problemi provocati dall'insufficiente stanziamento di risorse c'è lo slittamento verso il privato di una parte delle attività. I cittadini pagano di tasca propria per ottenere la risonanza in tempi brevi o farsi vedere, ad esempio, dal dermatologo, uno dei professionisti più difficili da incontrare nelle Asl. Non si spende per comprare alta specialità, come la chi-

rurgia di eccellenza, o per farsi ricoverare, ma per quella fascia di prestazioni diffusissime di cui ogni famiglia ha bisogno spesso. I volumi di attività sono altissimi, e alla fine l'esborso è importante, arriva a 18 miliardi.

## IL FONDO TROPPO POVERO

L'Italia ha un sistema sanitario pubblico quasi unico in Europa, ma da



tempo non lo finanzia adeguatamente. Altri Paesi, come Francia e Germania, investono molto di più nell'assistenza ai cittadini. Il problema non è nuovo. Se si guarda agli ultimi anni, il rapporto tra la spesa sanitaria e il Pil, cioè il dato considerato fondamentale per capire quante risorse sono davvero messe a disposizione della sanità, è sempre stato tra il 6 e il 7%, numero superato solo per fronteggiare il Covid (a fronte, tra l'altro, di un Prodotto interno lordo più basso). I livelli che si stanno raggiungendo con il governo Meloni, però, non si erano mai visti. Nei prossimi due anni si scenderà sotto il 6,3%, a dispetto di un aumento del Fondo sanitario nazionale di 2,48 miliardi nel 2025 e di altri 4 nel 2026. Evidentemente si tratta di incrementi troppo ridotti rispetto all'andamento del Pil. E così non si riescono a fare riforme e assunzioni. Meno medici e infermieri vuol dire anche meno capacità di rispondere alla domanda di prestazioni specialistiche. Certo, i tempi di attesa dipendono anche dall'organizzazione delle Regioni e dalle prescrizioni inappropriate, ma sono pure connessi in modo forte con gli organici.

### SEMPRE PIÙ RICHIESTE

La crisi dell'attività specialistica si legge nei dati di Agenas, l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni. Le amministrazioni locali faticano a tornare ai livelli di produttività precedenti alla pandemia. Basta pensare che nel primo semestre dell'anno scorso in Italia sono state fatte 100 milioni di visite e prestazioni di radiodiagnostica (nel dato non è compreso il laboratorio) a fronte dei circa 110 milioni dello stesso periodo del 2019. Ci sono realtà come Calabria, Molise, Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Sardegna, Valle d'Ao-

sta che hanno ridotto l'attività di valori compresi tra il 19 e il 27%. Solo Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia, tra le grandi Regioni, calano di una percentuale compresa tra il 2 e il 5%. E mentre il sistema produce meno, la domanda dei cittadini è in crescita. Il risultato? Si comprende dai dati del Rapporto sul benessere equo e sostenibile (Bes) di Istat. Nel 2023 hanno rinunciato a curarsi il 7,6% dei cittadini, cioè 4,5 milioni di persone. Di queste, 2 milioni lo hanno fatto per problemi di lista di attesa e le altre per motivi economici. Poi c'è chi può permetterselo e si rivolge al privato.

### LA SPESA PRIVATA

Grazie a un'elaborazione dei dati Istat dell'Osservatorio consumi privati in sanità della Sda Bocconi, inserita nel rapporto Oasi, si comprende quanto hanno pagato di tasca propria gli italiani per vedere lo specialista o fare l'ecografia. Se si osserva la spesa sanitaria privata, ha un andamento costante, nel senso che vale circa il 2% del Pil ogni anno. Significa, in assoluto, che nel 2024 è di circa 43,8 miliardi e nel 2025 di 44,7 miliardi. Ma all'interno di questa spesa le varie voci si muovono in modo diverso e a crescere di più, per l'appunto, è quella che riguarda le attività specialistiche. Se in 11 anni, tra il 2012 e il 2023, la spesa privata degli italiani per l'assistenza ospedaliera è rimasta stabile, intorno ai 2 miliardi di euro (anzi, addirittura è leggermente scesa), e quella per i farmaci è passata da 9,4 miliardi a 11,1 (+18%), ben diversi sono i dati dell'assistenza ambulatoriale. Nel 2012 costava alle famiglie 11,5 miliardi di euro, l'anno scorso è arrivata 18 miliardi, cioè è cresciuta del 57%. Un tasso di crescita ben superiore a quello della spesa privata generale, che è circa il 2% annuo. «Questo dimostra una cosa semplice e natura-

le – dice il professor Mario Del Vecchio, direttore dell'Osservatorio di Bocconi – nei sistemi di mercato a un certo punto il consumatore rinuncia a qualcosa, perché ha un vincolo di bilancio. Se aumenta un po' il bisogno della specialistica, c'è un rallentamento di altre voci, come quella dei farmaci. Ma dobbiamo tenere conto anche di un'altra variabile. Si parla di maggiori spese, ma bisognerebbe valutare l'andamento dei prezzi di quelle prestazioni specialistiche private. Un maggiore esborso dei cittadini potrebbe essere legato anche a un aumento delle tariffe. Insomma, gli elementi dei quali tenere conto sono tanti».

C'è anche un altro dato interessante che racconta il fenomeno. Nel 2018 il 42% delle visite e il 26% degli esami fatti in Italia erano di tipo privato puro, cioè tutti a carico del paziente. Il report più recente, che valuta il 2022, ha visto una crescita importante di entrambi i parametri. Il primo è salito al 48%, il secondo al 33%. Una crescita che probabilmente non si è arrestata.

### IL RUOLO DELLE ASSICURAZIONI

A raccontare la tendenza ad affidarsi al privato è anche il recente successo delle assicurazioni sanitarie. Secondo i dati Ania, l'Associazione nazionale imprese assicurative, il cosiddetto "ramo malattia" sta aumentando gli introiti. Si parla di polizze che un tempo erano diffuse pochissimo nel nostro Paese, cioè di quelle fatte dai singoli cittadini, non delle collettive. Nel 2023 la spesa totale per i premi delle polizze individuali è arrivata 1 miliardo e 280 milioni, con un aumento del 30% in due anni e del 100% in dieci. Tipicamente, i contratti non sono particolarmente costosi, magari danno diritto a pochi esami in un anno, giusto un paio di controlli. E ovviamente si parla sempre di visite ed esami.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# 4,5

## SENZA CURE

Il 7,6% degli italiani (4,5 milioni) rinuncia a prestazioni sanitarie per le liste d'attesa e i rincari

# IL FONDO

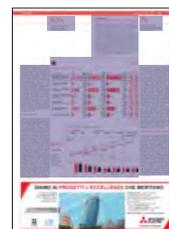
Il Fondo sanitario nazionale salirà di 2,48 miliardi nel 2025. Ma la spesa per la sanità pubblica scende in rapporto al Pil

# 7%

Solo per far fronte al Covid la spesa era salita oltre il 7% del Pil

# 6,3%

Il governo ha portato il rapporto spesa sanitaria/Pil al 6,3%



## LA PROTESTA I MEDICI IN SCIOPERO CONTRO LA MANOVRA

Parlano di una manovra come uno "schiaffo in faccia". I medici sono arrabbiati per come è scritta la Finanziaria, intanto perché invece di detassare una voce dello stipendio, come avevano chiesto, si è deciso di aumentare il suo valore e quindi dare ai camici bianchi un aumento meno consistente. In generale criticano la norma perché non dà abbastanza soldi a una sanità in crisi. E così i sindacati degli ospedalieri Anaa e Cimo, insieme al sindacato degli infermieri Nursing Up, hanno dichiarato sciopero per il 20 novembre. Ma anche altre sigle ospedaliere hanno protestato per l'impostazione della legge di bilancio: Cgil, Aaroi (gli anestesisti), la Uil, la Federazione dei veterinari medici. E poi, c'è la rabbia della Fimmg, i medici di famiglia: «Con questa manovra non investono su tutta la medicina territoriale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



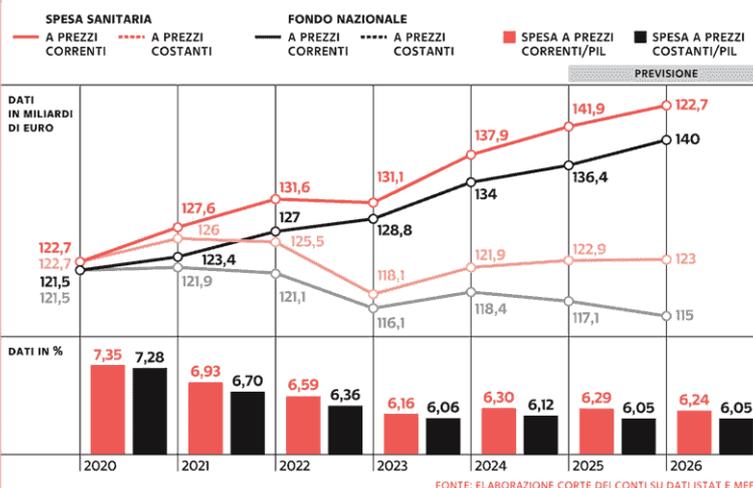
INUMERI

### LA SPESA PER LA SANITÀ PRIVATA

IN MILIONI DI EURO	2012	%	2019	%	2023	%	VAR.% 2019-23	VAR.% 2012-23
<b>Spesa sanitaria privata corrente</b> (di tasca propria + regimi volontari)	34,4	100%	40,8	100%	45,9	100%	+12%	+33%
Assistenza ospedaliera (ordinaria e diurna)	2,1	6%	2,0	5%	2,0	4%	-2%	-6%
Assistenza ambulatoriale (e domiciliare)	11,5	33%	14,7	36%	18,0	39%	+23%	+57%
Assistenza long-term care (residenziale, ambulatoriale e domiciliare)	3,5	10%	4,1	10%	4,5	10%	+10%	+29%
Servizi ausiliari (laboratorio e diagnostica)	3,4	10%	3,2	8%	3,5	8%	+7%	+2%
Prodotti farmaceutici e altri medicinali	9,4	27%	10,9	27%	11,1	24%	+2%	+18%
Attrezzature terapeutiche	3,1	9%	3,6	9%	4,2	9%	+17%	+36%

FONTE: BOCCONI-ISTAT

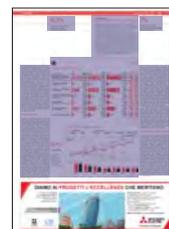
### LA SPESA PER LA SANITÀ PUBBLICA



**30%**

#### LE POLIZZE

L'aumento dei premi per le polizze individuali è salito del 30% a oltre un miliardo di euro



# Le liste d'attesa spingono gli ospedali accreditati

## Il fatturato beneficia di chi paga di tasca propria (o con polizze) e dei maggiori fondi dalle Regioni

**Carlotta Scozzari**

**I**n Liguria, mettendosi in coda per un intervento all'ernia, è capitato di ritrovarsi dopo il posto 17.000, con tempi di attesa stimati in anni. Il malcapitato si è così orientato verso una struttura accreditata piemontese. Se la sanità pubblica annaspava, il giro d'affari degli ospedali privati è visto in crescita del 5,5% nel 2023. Le stime sono firmate dall'area studi di Mediobanca, secondo cui «le lunghe liste d'attesa inducono non solo chi è in grado di sostenere di tasca propria il relativo costo, ma anche i sottoscrittori di assicurazioni private e i destinatari di welfare aziendali a prenotare le prestazioni al di fuori del Sistema sanitario nazionale (Ssn)». Ecco perché «è lecito attendersi, nel prossimo futuro, l'incremento del peso degli operatori sanitari privati, il cui giro d'affari nel nostro Paese è già stimabile in oltre 70 miliardi». Mediobanca ricava il numero, pari a circa il 40% del valore del comparto sanitario complessivo, considerando sia i servizi in accreditamento, forniti cioè per conto del Ssn, sia le prestazioni erogate in solvenza, vale a dire a carico dei pazienti anche attraverso il ricorso ad assicurazioni.

Dal lato delle famiglie, nel 2022 la spesa sanitaria volontaria ha assorbito 44,9 miliardi, secondo stime dell'Istat saliti a 45,9 miliardi nel 2023 e a loro volta suddivisi soprattutto in esborsi diretti per 40,6 miliardi (*out of pocket*) più 5,2 miliardi di componente intermediata, principalmente dalle assicurazioni. Sebbene il peso di queste ultime sia ancora relativamente basso, risultano in forte aumento secondo i recenti dati dell'Ania: nel 2023 i premi del ramo malattia, pagati a fronte di polizze individuali o tramite fondi sa-

nitari, hanno totalizzato 3,7 miliardi, il 10,6% annuo in più.

Tali cifre aiutano a comprendere perché Unipol abbia acquistato i centri medici Santagostino e Generali Italia abbia siglato un accordo con Gruppo San Donato e Gksd per Smart Clinic, con l'obiettivo di realizzare entro il 2030 una rete di 100 strutture sanitarie in tutto il Paese.

«La lettura degli andamenti comparati - commenta Valeria Rappini, direttrice Osservatorio sui consumi privati in sanità (Ocps, Cergas, Sda Bocconi) - ci ha permesso nel tempo di osservare come le dinamiche della spesa sanitaria privata siano associate più al reddito disponibile che alle variazioni della spesa pubblica, con differenze tra le regioni e tra aree urbane e periferiche. Le regioni con un'offerta di servizi pubblici più ricca e un Pil più alto, come Lombardia ed Emilia Romagna, registrano la spesa sanitaria privata più rilevante. Molto dipende infatti dalla presenza di un'offerta qualificata, sia pubblica sia privata».

La Lombardia è il regno dei grandi ospedali accreditati. Secondo la classifica stilata a giugno da Mediobanca e basata sui dati del 2022, guida i ricavi italiani della sanità privata il Gruppo San Donato, che conta anche l'Ospedale San Raffaele e il Galeazzi Sant'Ambrogio, con 1.707 milioni. A seguirlo con 1.122 milioni è Humanitas, mentre al terzo posto staziona il Gruppo Villa Maria con 840 milioni, al quarto il Policlinico Gemelli con 799 milioni e al quinto Kos con 683 milioni. L'area studi di Piazzetta Cuccia, per i 31 operatori analizzati, stima per il 2023 una crescita aggregata del giro d'affari del 5,5%, con variazioni differenti tra i comparti: -4% per la diagnostica, +4,1% per la riabilitazione, +5,7% per

l'assistenza ospedaliera e distrettuale e +14% per le strutture per anziani, con il ritorno alla piena saturazione delle Rsa atteso entro il 2024.

Per alcuni dei gruppi in esame è possibile aggiornare i dati al 2023. Il Gruppo San Donato ha annunciato una crescita del fatturato a 1.835,3 milioni. Per Humanitas non c'è un bilancio consolidato, ma quello civilistico riferito alla struttura di Rozzano (Mi) Mirasole segnala un aumento dei ricavi a 591 milioni dai 548 del 2022, con la sola attività privata "pura" in rialzo del 14% a quasi 193 milioni. I numeri hanno anche beneficiato degli ulteriori 34,6 milioni destinati nel 2023 dalla Regione Lombardia alle strutture accreditate per il recupero delle liste di attesa «incrementatesi nel periodo pandemico», segnala il bilancio del 2023 di Humanitas Mirasole.

L'unica realtà del settore quotata in Borsa è Garofalo Health Care (Ghc), che proprio per questo motivo ha già fornito i numeri del primo semestre del 2024. Nel periodo, ha registrato ricavi per 251,5 milioni, in crescita del 34,7% (ma del 5,3% a parità di perimetro, escludendo cioè Sanatorio Triestino e Aurelia Hospital). Il maggiore fatturato, spiega Ghc, è stato trainato «dall'incremento dei servizi ai pazienti privati e "fuori regione", rispettivamente



+8% e +9%», così come da quello «delle prestazioni ai pazienti regionali in regime di convenzione con il Ssn, a seguito dell'ottenimento di extra-budget finalizzati prevalentemente a ridurre le liste di attesa». Il gruppo romano, aggiunge la semestrale, «continuerà a operare realizzando appieno l'attività accreditata e soprattutto a sviluppare l'attività

verso pazienti privati *out of pocket*, ritenendo tale trend di crescita strutturale e non temporaneo».



**NUMERI**

**CLASSIFICA PER RICAVI 2022 DELLE CLINICHE PRIVATE**

	RICAVI (mln €)	TOTALE ATTIVO (mln €)	DIPENDENTI (numero)
Papiniano*	1.707	2.849	10.728
Humanitas**	1.122	1.118	5.423
GVM-Gruppo Villa Maria	840	1.455	4.743
Fondazione Policl. Univ. A. Gemelli	799	1.254	6.180
KOS	683	1.661	11.342
Segesta (Gruppo Clariane)	585	828	5.145
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	413	n.d.	2.913
Synlab (interessi italiani)**	375	488	1.687
IEO-Istituto Europeo di Oncologia	322	333	1.992
Cerba Healthcare (interessi italiani)	317	n.d.	n.d.

\* Holding Gruppo San Donato e Ospedale San Raffaele

\*\* Elaborazioni proprie che aggregano i conti delle principali controllate italiane

Fonte: AREA STUDI MEDIOBANCA

**70**

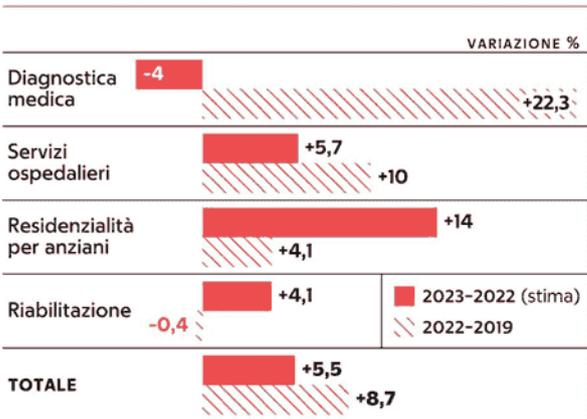
**GIRO D'AFFARI**

L'area studi di Mediobanca arriva a stimare un fatturato da 70 miliardi tra accreditamento e solvenza

① Il Policlinico universitario Gemelli staziona al quarto posto della classifica di Mediobanca con 799 mln di ricavi

**L'INDAGINE DI MEDIOBANCA**

**I RICAVI SUDDIVISI PER COMPARTO**



Fonte: AREA STUDI MEDIOBANCA



LE PROSPETTIVE



L'editoriale

I veri numeri  
della Salute

Walter Galbiati

**N**on è vero che il governo Meloni ha messo più soldi sulla sanità di tutti i

governi che l'hanno preceduto. Perché i dati vanno letti in controluce e spiegati. E a ben vedere la protesta annunciata da medici e infermieri non è campata per aria. La traiettoria della spesa sanitaria italiana è stata ricostruita con rigore scientifico

dall'Osservatorio dei Conti pubblici dell'Università cattolica.

➔ segue a pag. 14

L'EDITORIALE

# I VERI NUMERI DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA

Walter Galbiati

➔ segue dalla prima pagina

**E** vero che in Italia in valori assoluti dal 2000 ad oggi la spesa è sempre cresciuta anno dopo anno, con una sola eccezione tra il 2012 e il 2013. Ma se bastasse questo, tutti i governi che si sono succeduti da allora ad oggi, quindi da Amato a Berlusconi, da Prodi a Monti, da Letta a Renzi e Gentiloni fino a Conte, Draghi e l'attuale Meloni, potrebbero dire di avere messo più miliardi di chi li ha preceduti. Invece è una falsa verità, perché tutto cambia se i numeri vengono letti correttamente ovvero in rapporto al Pil, in termini reali, cioè aggiustati per l'inflazione e a prezzi costanti come se il valore del denaro sia quello degli anni passati.

Così facendo, emergono tre fasi. Una prima di crescita che partendo dal 2000 si interrompe con la crisi finanziaria del 2008 innescata dal fallimento della Lehman Brothers. Una seconda che da allora si protrae fino al 2019 con un calo costante dei finanziamenti che in termini reali si sono ridotti dell'1%. La fine di questo trend coincide con la pandemia Covid, quando, nonostante la diminuzione del Pil, la spesa cresce, ma solo nel 2020, per fronteggiare l'emergenza sanitaria. Da qui parte una terza e nuova fase sempre di decrescita che arriva ai giorni nostri.

L'osservatorio della Cattolica ha calcolato che «ai prezzi del 2000, il finanziamento del

SSN per il 2024 si collocherebbe a un livello più basso, anche se di poco, di quello del 2010 (83 contro 85 miliardi) e di poco inferiore a quello del 2019 (di 300 milioni)». Quindi anche se in termini nominali nessuno ha mai speso come il

governo Meloni, in termini reali, soprattutto a causa della forte inflazione siamo tornati a livelli prima del Covid. Il bilancio è ugualmente scoraggiante se si guarda al di fuori dell'Italia, a quei Paesi con i quali dovremmo competere. In Germania e in Francia, il finanziamento pubblico della spesa sanitaria arriva al 10% del Pil, mentre in Italia siamo al 6,4%, comunque sotto la media europea del 6,8%. Anche la spesa pro-capite langue, perché siamo quasi

mille dollari a persona al di sotto del valore



medio dei Paesi che usano l'euro: in Italia si spendono 3.574 dollari contro 4.470 dollari.

La carenza e i ritardi delle prestazioni sanitarie sono sotto gli occhi di tutti e stanno spingendo la crescita delle polizze sanitarie private, un mercato che in passato era residuale. Secondo l'Ania il totale dei premi pagati sia per gli accordi individuali che per quelli collettivi ha raggiunto i 3,71 miliardi, il doppio di dieci anni fa quando il dato era di 1,9

miliardi. A nessun sfugge però che si tratta di piani che si possono permettere solo in pochi, tanto che sono diffusi nelle regioni più ricche e tra i ceti più abbienti.



L'OPINIONE

Ai prezzi del 2000, il finanziamento al Ssn per il 2024 si collocherebbe a un livello più basso, anche se di poco, di quello del 2010 : 83 contro 85 miliardi. E di poco inferiore al 2019



Dir. Resp.: Luciano Fontana

# Manovra, pochi margini per trattare Si parte da pensioni, Irpef e sanità

Confindustria chiede un'Ires «premiale». Cgil e Uil pronte allo sciopero, no della Cisl

**ROMA** Quest'anno la battaglia parlamentare sulla manovra di bilancio sarà più dura del solito. Non solo per le opposizioni, alle quali il disegno di legge presentato dal governo alla Camera lascia appena 120 milioni per finanziare eventuali piccole modifiche, ma anche per la maggioranza, alla quale Palazzo Chigi ha già mandato un chiaro messaggio: «Limitare gli emendamenti» e «niente modifiche sostanziali» alla manovra, che, in ogni caso, dovranno tutte essere coperte con le necessarie riduzioni di spesa o aumenti di entrate.

## Pensioni e flat tax

Nonostante i margini strettissimi, Forza Italia e Lega non rinunciano ai loro obiettivi mentre Fratelli d'Italia, comprensibilmente, è più attenta a non creare problemi alla presidente del Consiglio, Giorgia Meloni. Il partito fondato da Silvio Berlusconi cercherà di ottenere qualcosa in più sulle pensioni minime, rispetto ai 3 euro di aumento sul 2024 contenuti nella manovra, e si mostra sensibile alle richieste che vengono dal

settore delle bevande zuccherate, in allarme per la mancata proroga del rinvio della sugar tax (sarebbe stata l'ottava volta), così come alle proteste per l'estensione della web tax a tutte le imprese del digitale.

Il Carroccio, che ha raccolto molto poco sul fronte delle pensioni (non c'è stato né potrà esserci il promesso smantellamento della riforma Fornero) proverà, su questo tema, a ottenere l'incentivazione della previdenza integrativa per chi sta nel sistema contributivo mentre sul fronte fiscale cercherà di ottenere qualcosa di più sulla flat tax del 15% per gli autonomi, ora riservata a quelli con ricavi non superiori a 85 mila euro e che la Lega vorrebbe ampliare fino a 100 mila euro. Resta infine trasversalmente il tema dell'aumento del canone Rai da 70 a 90 euro, ma anche qui, per tornare indietro, bisognerà trovare le coperture. Trasversale è pure la questione Sanità. Con le opposizioni che ne hanno fatto il cavallo di battaglia, accusando il governo di aver tagliato i fondi; il ministro della Sanità, Orazio Schillaci, che,

dopo aver respinto le accuse, spiega che «la strada è in salita e le risorse sono limitate»; i partiti di maggioranza che non sono insensibili alla protesta dei camici bianchi.

## Irpef e concordato

Alle coperture è legata anche la possibilità di miglioramenti sul fronte dell'Irpef, in particolare la riduzione della seconda aliquota dal 35 al 33% e/o l'aumento da 50 a 60 mila euro del secondo scaglione dell'imponibile. Per ora l'alleggerimento delle tasse sul ceto medio, promesso più volte dal governo, non c'è stato e la manovra contiene anzi un forte taglio sulle detrazioni per chi ha un reddito lordo superiore a 75 mila euro. Ma lo stesso governo ha spiegato che se il concordato preventivo biennale offerto ai lavoratori autonomi avesse successo, il relativo gettito (almeno due miliardi, spera l'esecutivo) potrebbe essere appunto utilizzato per alleggerire l'Irpef. Solo che bisognerà aspettare il 31 ottobre, termine per l'adesione al concordato. Per ora i segnali che sono filtrati non inducono all'ottimismo, ma l'esecutivo sotto-

linea che, come al solito, le adesioni arriveranno in extremis.

## Imprese e sindacati

Sul fronte fiscale ci sono anche le richieste della Confindustria, che, ribadisce il presidente Emanuele Orsini, vorrebbe «un'Ires premiale per chi mantiene il 70% degli utili nell'azienda, usandone il 30% per investimenti in tecnologia, produttività welfare e formazione». Sono divisi, invece, i sindacati, con la Cgil e la Uil che bocchiano la manovra e mercoledì, con i loro segretari Maurizio Landini e Pierpaolo Bombardieri, annunceranno il percorso di mobilitazione dei lavoratori che non esclude lo sciopero generale. Sciopero che, come già avvenuto negli ultimi anni, non vedrebbe la partecipazione della Cisl di Luigi Sbarra, che invece ha dato un giudizio tutto sommato positivo sulla legge di Bilancio e ha deciso di convocare assemblee sui luoghi di lavoro per sostenere proposte migliorative della manovra.

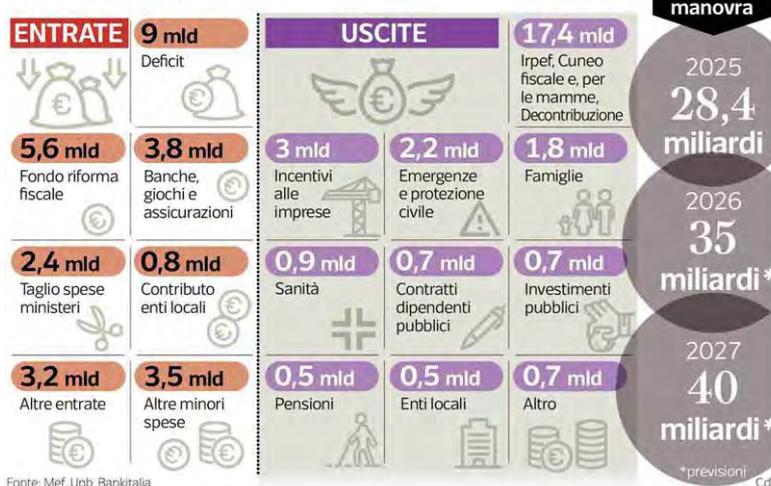
**Enrico Marro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Canone Rai

Resta ancora aperto il tema dell'aumento del canone Rai da 70 a 90 euro

## La finanziaria 2025



25 ott  
2024

## AZIENDE E REGIONI

S  
24

**Manovra/ Per la sanità solo numeri fuorvianti, risorse insufficienti per le troppe misure. Per il 2025 solo +1,3 mld e dopo 2026 briciole per il Fsn. Regioni al bivio: tagliare i servizi o aumentare le tasse. Personale e cittadini senza risposte, con il Ssn in grande affanno**

di *Fondazione Gimbe*

PDF [I dati di sintesi](#)

Secondo il DdL sulla Manovra 2025, il Fondo sanitario nazionale (Fsn) raggiungerà 136.533 milioni nel 2025, 140.595 milioni nel 2026 e 141.131 milioni nel 2027 (figura 1). «Tuttavia - sottolinea Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe - le risorse, destinate principalmente ai rinnovi contrattuali del personale non consentiranno di attuare il piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri fortemente voluti dal ministro



Schillaci, né tantomeno di eliminare il tetto di spesa per il personale sanitario, contrariamente a quanto previsto dal Dl Liste di attesa. Positivo l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni per acuti e post-acuti, ma solo a partire dal 2026, mentre le esigue risorse destinate all'aggiornamento dei Lea rischiano di ritardare ulteriormente l'esigibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica».

Di fronte alla girandola di numeri, “spesso presentati e interpretati in modo soggettivo o addirittura strumentalizzati - sottolineano dalla Fondazione Gimbe - abbiamo condotto un'analisi indipendente sui finanziamenti destinati dalla manovra alla sanità, al fine di fornire informazioni obiettive, trasparenti ed utili a informare il confronto politico e il dibattito pubblico in vista della discussione parlamentare sulla Manovra”.

**FONDO SANITARIO NAZIONALE.** Secondo la Legge di Bilancio 2025, il Fsn nel 2025 crescerà di 2.520 milioni (+1,9%), di cui € 1.302 milioni sono nuovi stanziamenti e 1.218 milioni già assegnati dalla Manovra precedente.

«Tuttavia le modalità con cui vengono presentati nell'art. 47 gli importi per gli anni successivi – spiega Cartabellotta – risultano fuorvianti: i 5.078 milioni per il 2026, 5.780 milioni per il 2027 e le cifre sino al 2030 indicano infatti l'incremento cumulativo del Fsn e non gli stanziamenti specifici per ciascun anno». Gli aumenti effettivi previsti dalla manovra sono: 4.062 milioni nel 2026 (+3%), 536 milioni nel 2027 (+0,4%), 883 milioni nel 2028 (+0,6%), 1.062 milioni nel 2029 (+0,7%) e 1.173 milioni dal 2030 (+0,8%) (tabella 1). «Di conseguenza – commenta il Presidente – la Manovra, nonostante gli annunci, non prospetta alcun rilancio progressivo del Fsn, lasciando il Servizio sanitario nazionale con risorse insufficienti per affrontare le crescenti necessità di cittadini e professionisti». Il trend del Fsn mantiene infatti l'andamento consolidato sino al 2026, per poi tornare a livelli del periodo pre-pandemia (figura 1).

Peraltro, una quota delle risorse incrementalì, pari a 883 milioni per il 2028, 1.945 milioni per il 2029 e 3.117 milioni a decorrere dall'anno 2030, dovrà essere accantonata per i rinnovi contrattuali relativi al periodo 2028-2030. Allo stesso modo, 928 milioni per il 2026, 478 milioni per il 2027 e 528 milioni a decorrere dal 2028 sono destinati all'incremento delle risorse destinate al raggiungimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

**MISURE PREVISTE** (tabella 2). L'art. 47 sul “Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale” individua 15 articoli con le misure da finanziare.

«Tuttavia, se da un lato quasi tutte le misure previste dalla Manovra sono a valere sul Fsn – spiega Cartabellotta – lascia molto perplessi il fatto che gli incrementi annuali del Fsn non siano sufficienti a coprire tutte le misure previste. Di conseguenza le Regioni, per riuscire a realizzare tutti gli obiettivi previsti dalla Legge di Bilancio 2025 per la sanità, dovranno operare scelte drastiche: razionalizzare la spesa, tagliare altri servizi o aumentare

l'addizionale Irpef». Ad esempio nel 2026, a fronte di un aumento del Fsn di 4.062 milioni, sono previste misure per un totale di 2.372,5 milioni, senza considerare il trattamento accessorio (art. 18) e il rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico (art. 19). La Manovra include anche altre misure che avranno un impatto economico sulle Regioni, ma che non sono contemplate nell'art. 47: la sperimentazione della riforma sulla disabilità (art. 38), il fondo nazionale per il contrasto alle dipendenze comportamentali dei giovani (art. 40), il fondo per gli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi (art. 41).

Misure per il personale sanitario. Dagli articoli sulle "Disposizioni in materia di trattamento accessorio" (art. 18) e sul "Rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico" (art. 19) non è possibile stimare l'impatto economico, nemmeno analizzando la relazione tecnica. «Considerando solo i rinnovi contrattuali per il personale dipendente (dirigenza e comparto) e per i medici convenzionati – rileva Cartabellotta – e prendendo a riferimento gli oltre € 2.400 milioni stanziati dalla Legge di Bilancio 2024 per il triennio 2019-2021, le risorse dovrebbero coprire il contratto 2022-2024, già scaduto, e quelli relativi ai trienni 2025-2027 e 2028-2030, per un totale di oltre € 7 miliardi entro il 2030». Vengono incrementate le indennità di specificità: per la dirigenza medica e veterinaria (art. 61) di € 50 milioni per il 2025 e € 327 milioni a decorrere dal 2026; per la dirigenza sanitaria non medica (art. 62) di € 5,5 milioni a decorrere dal 2025; l'indennità di specificità infermieristica e quella per la tutela del malato e la promozione della salute (art. 63) riceveranno € 35 milioni nel 2025 e € 285 milioni dal 2026, a cui si aggiungeranno € 15 milioni nel 2025 e € 150 milioni dal 2026 per altre figure sanitarie. «È evidente – commenta il Presidente – che tutte queste indennità, salvo briciole, saranno concretamente esigibili dal personale solo a partire dal 2026». Viene infine aumentata l'indennità di pronto soccorso (art. 56) con € 50 milioni per il 2025 e € 100 milioni dal 2026 e migliorato il trattamento economico per i medici in formazione specialistica (art. 59), in particolare per le specializzazioni meno ambite. «In termini assoluti – chiosa Cartabellotta – si tratta di un aumento da € 26.000 euro annui a € 27.135 per tutte le specialità e a € 28.785 per quelle meno ambite: cifre irrisorie per convincere i giovani medici a scegliere specialità che oggi non risultano più attrattive».

Per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli importi tariffari (art. 51 c. 1), i € 50 milioni annui stanziati a partire dal 2025, sono secondo Cartabellotta «assolutamente insufficienti, aumentando il rischio concreto di ulteriori ritardi nell'esigibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica, ormai al palo da 8 anni». Al contrario, una quota significativa di risorse viene destinata all'aggiornamento delle tariffe per remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie (art. 50). Nello specifico, spiega il Presidente, «nel 2025 sono previsti € 77 milioni per le

prestazioni post-acuzie, mentre dal 2026 si stanzieranno € 350 milioni per le prestazioni post-acuzie e € 650 milioni per quelle per acuti, per un totale di € 1 miliardo annuo».

Relativamente alle misure per abbattere le liste di attesa, è previsto un ulteriore aumento del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati (art. 48), che crescerà dello 0,5% per il 2025 (€ 61,5 milioni) e dell'1% dal 2026 (€ 123 milioni). Inoltre sono introdotte premialità per le Regioni (art. 64) che rispettano i criteri sui Livelli Essenziali di Assistenza sulle liste d'attesa, con uno stanziamento di € 50 milioni nel 2025 e € 100 milioni dal 2026.

Altre disposizioni di spesa riguardano l'attuazione del Piano pandemico 2025-2029 (art. 52), che prevede € 50 milioni per il 2025, € 150 milioni per il 2026 e € 300 milioni annui dal 2027. Per le cure palliative (art. 58) è previsto un aumento di € 10 milioni annui a partire dal 2025, che si somma ai € 100 milioni del FSN. Le prestazioni sanitarie offerte da comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale (art. 65) riceveranno € 15 milioni annui a partire dal 2025 per sostenere le prestazioni a favore di cittadini con dipendenza da sostanze. Infine per le patologie da dipendenze (art. 66) sono previsti € 50 milioni annui dal 2025.

«Ancora una volta – conclude Cartabellotta – la Legge di Bilancio tradisce le legittime aspettative di professionisti sanitari e cittadini, oggi alle prese con un Ssn in grande affanno nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Soprattutto per la progressiva carenza di personale, in particolare infermieristico, che vive una stagione di demotivazione e disaffezione per la sanità pubblica senza precedenti. Dall'analisi delle risorse assegnate alla sanità emergono quattro punti estremamente critici.

Innanzitutto la “cosmesi” sul Fsn per il 2025, che tradisce ampiamente i proclami dell'Esecutivo: l'incremento reale è di soli € 1,3 miliardi, rispetto ai € 3,5 miliardi annunciati, rendendo impossibile soddisfare le richieste dei professionisti sanitari, che infatti hanno già annunciato uno sciopero per il 20 novembre. In secondo luogo, l'unico reale incremento di risorse è previsto solo nel 2026, quando lo Stato potrà disporre delle liquidità derivanti dalla sospensione del credito di imposta delle banche. Terzo, le risorse si disperdono in troppi rivoli, senza una chiara visione di rilancio del Ssn, con un numero eccessivo di misure rispetto alle risorse assegnate, a valere sul Fsn: una (non) strategia che finirà per mettere le Regioni davanti a un bivio, costrette a scegliere da quale lato “tirare” una coperta troppo corta. Infine, non si intravede alcun rilancio progressivo del finanziamento pubblico che, dopo la “fiammata” del 2026, torna a cifre da manutenzione ordinaria dell'era pre-pandemica. Nonostante la sanità pubblica sia oggi la vera emergenza del Paese, le scelte politiche rimangono inesorabilmente in linea con quelle degli ultimi 15 anni: tutti i Governi hanno definanziato il Ssn e nessuno è stato in grado di elaborare un piano di rilancio del

finanziamento pubblico, accompagnato da una coraggiosa stagione di riforme per ammodernare e riorganizzare la più grande opera pubblica del Paese, quel Ssn istituito per tutelare la salute di tutte le persone. Un tradimento dell'art. 32 della Costituzione e dell'universalismo, dell'uguaglianza e dell'equità, princìpi fondamentali del nostro insostituibile Ssn».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Manovra/ L'appello delle 75 società scientifiche FossC a Meloni: Creare un Board di salute pubblica per salvare il Ssn. A rischio le cure per i cittadini

“Chiediamo alla Presidente del Consiglio Giorgia Meloni di istituire un Board di salute pubblica per salvare il Servizio Sanitario Nazionale, che sta perdendo il suo carattere universalistico e, senza lo stanziamento di risorse adeguate, la crisi diventerà sempre più strutturale. Non bastano i 900 milioni di euro destinati al Fondo Sanitario Nazionale nel 2025, come stabilito nella Legge di Bilancio presentata dal Governo. Per porre le basi e iniziare un processo di rafforzamento del Ssn con la gradualità purtroppo necessaria fino al raggiungimento degli standard degli altri Paesi europei, servono almeno 10 miliardi, da investire immediatamente. Altrimenti sono a rischio le cure e l'assistenza dei cittadini del nostro Paese”. È la richiesta delle 75 società scientifiche riunite in FoSSC (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani), di fronte all'esiguità dei fondi per la sanità stanziati nella Manovra Finanziaria.

“L'universalismo, l'equità e l'uguaglianza, che da sempre caratterizzano il nostro Servizio Sanitario, si stanno sgretolando – affermano le 75 Società Scientifiche riunite in FoSSC -. La sanità pubblica è al collasso. Il definanziamento della Sanità parte da lontano, almeno da 10-15 anni, e vi hanno contribuito tutti i Governi che si sono succeduti in questo arco temporale. Il Governo Meloni ha ereditato questo fardello ma, in due anni di vigenza, non ha intrapreso nessun provvedimento serio per cominciare a risolvere questi gravi problemi. I pochissimi provvedimenti promossi sono a finanziamento zero e su singoli specifici problemi, senza affrontarne alla radice le cause. Ad esempio le liste d'attesa, a diversi mesi dall'emanazione della Legge 'salta code', continuano inesorabilmente a peggiorare, mentre assistiamo ad un rimbalzo imbarazzante di responsabilità su questo tema tra Governo e Regioni”.

“Il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, aveva chiesto la cifra già irrisoria di 3,5 miliardi di euro per la sanità per il 2025, ma, come evidenziato dal MEF, ne sono stati previsti nella manovra finanziaria solo 900 milioni, briciole rispetto alle esigenze reali dei nostri pazienti – sottolineano le Società Scientifiche -. Da anni proponiamo, con analisi e documenti, una riforma organica del sistema, ma finora non siamo stati ascoltati dalle Istituzioni. E il processo di disgregazione e definanziamento del sistema pubblico prosegue”.

“Anni di contro-riforme fatte dai precedenti Governi alla Legge 833/1978 che ha istituito il SSN, di definanziamenti, di incuria, di blocchi delle assunzioni, di tagli a danno degli operatori e dei servizi, di annullamento di qualsiasi seria politica di prevenzione e di abbandono di intere aree del Paese hanno determinato la drammatica situazione attuale



– evidenziano le Società Scientifiche -. Tra i principali problemi: i profondi squilibri nel Paese tra Nord e Sud, il crescente sempre più acuto conflitto sociale tra operatori e cittadini, quindi tra servizi e società e, di conseguenza, la continua crescita della sfiducia sociale nei confronti del servizio pubblico, le profonde lesioni al diritto alla giusta cura di cui soffre ormai l'intera popolazione, i profondi squilibri che esistono tra le Regioni e i diversi territori, che sono causa della 'dolorosa' ed enorme mobilità sanitaria dal Sud al Nord, il forte processo di privatizzazione in atto che sta diventando, di fatto, un processo di sostituzione del pubblico con il privato e che, per questo, penalizza masse enormi di cittadini non abbienti”.

“È di circa 52 miliardi di euro il gap complessivo di risorse destinate alla sanità rispetto alla media dei Paesi OCSE membri dell'Unione Europea – spiegano le Società Scientifiche -. Attualmente siamo agli ultimi posti in Europa e tra i Paesi dell'OCSE e ultimi tra tutti i Paesi del G7 e registriamo un divario della spesa sanitaria pubblica pro-capite di ben 889 euro rispetto alla media dei Paesi OCSE, membri dell'Unione Europea. La spesa sanitaria out of pocket, da parte dei privati cittadini, nel 2023 è stata di circa 41 miliardi, il 10% in più rispetto al 2022, pari a quasi un terzo della spesa pubblica, dato questo molto superiore rispetto ai principali Paesi europei. Sono quasi 4,5 milioni le persone che nel 2023, in Italia, hanno rinunciato alle cure e sono troppi i settori della sanità pubblica che ormai, per forza di cose, sono coperti soltanto dal settore privato. È dovere morale nei confronti dei nostri pazienti denunciare questa situazione e dobbiamo spiegare bene alla Politica ciò che sta succedendo, perché è in atto un'emergenza grave della sanità su cui è necessario agire subito”.

“L'articolo 32 della Costituzione sul diritto alla salute sta esaurendo la sua effettività e la Legge sull'Autonomia Differenziata punta a smontare il SSN – affermano le Società Scientifiche -. Anche sulla prevenzione primaria e secondaria latitano i provvedimenti, le indicazioni ed i finanziamenti da parte delle Autorità preposte. Il relativo finanziamento è calato nel 2023 rispetto al 2022 ed è inferiore alla media europea. Il Patto di Stabilità in Europa, che bisogna rispettare, crea un problema enorme, perché i più deboli ne fanno le spese e noi stiamo perdendo il servizio sanitario pubblico”.

“Oggi – concludono le Società Scientifiche -, giustificati da una pressante preoccupazione sul destino molto incerto e precario della nostra sanità pubblica ma soprattutto sul destino non meno incerto dei nostri milioni di ammalati, proponiamo al Presidente Meloni di istituire con urgenza un Board di salute pubblica, per salvare dalla rovina sicura il Servizio Sanitario Nazionale. O, quanto meno, per 'salvare il salvabile' di ciò che resta del SSN, essendo ormai i suoi processi di compromissione purtroppo molto avanzati. Nell'interesse del Paese, questo Board dovrà essere composto da persone chiaramente competenti ed esperte delle complessità in gioco, soprattutto da clinici vicini ai problemi dei malati e studiosi di problemi della sanità”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**25** ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Manovra/ Quici: «Ecco i 10 perché dello sciopero del 20 novembre. E aiuteremo chi lo voglia a lasciare il Ssn»

di *Cimo-Fesmed*

«Ogni anno, puntualmente, la legge di bilancio si rivela una doccia fredda per la sanità pubblica, e quindi per i cittadini e per il personale sanitario. Quello di illudere pazienti e professionisti della salute con mirabolanti promesse per poi ritrovarsi con in mano un piatto di lenticchie è uno sport politico che non siamo più disposti ad accettare. E allo stesso modo risulta una presa in giro aumentare di 3 euro le pensioni minime e poi costringere le fasce più povere della popolazione a spendere centinaia di euro per visite mediche private, analisi, Tac e risonanze magnetiche che risultano inaccessibili nella sanità pubblica» dichiara Guido Quici, Presidente Cimo-Fesmed. «Il 20 novembre, allora, medici e infermieri sciopereranno e manifesteranno a Roma perché sono stufo di proclami che, puntualmente, non hanno seguito. Fare di tutto per spingere i medici ad abbandonare la sanità pubblica rappresenta un inaccettabile voltafaccia, o il frutto di un piano ben preciso volto ad arricchire - sulle spalle dei malati - il privato, le assicurazioni, le cooperative e le multinazionali della salute».



Sono almeno dieci le ragioni che hanno spinto il sindacato a proclamare lo sciopero:

1. Erano stati annunciati 3,7 miliardi per la sanità pubblica: il prossimo anno ne arriveranno 1,3, sufficienti a malapena a finanziare i rinnovi dei contratti del personale sanitario, lasciando dunque briciole al miglioramento dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini.
2. Erano state promesse 30mila assunzioni nel Servizio sanitario nazionale, ma la legge di Bilancio non ne prevede alcuna. E senza assunzioni sarà impossibile ridurre il carico di lavoro dei dipendenti e migliorare quindi le condizioni lavorative negli ospedali, oggi inaccettabili.
3. Erano stati previsti, nella precedente legge di Bilancio, 200 milioni per i medici dipendenti per ridurre le liste d'attesa, ma si sta lavorando per ridurre del 50% il finanziamento a favore dei medici specialisti ambulatoriali interni.
4. Era stata assicurata la defiscalizzazione al 15% dell'indennità di specificità medica, un riconoscimento vero della peculiarità della professione. Invece non è prevista alcuna defiscalizzazione ma solo lo stanziamento di un misero finanziamento aggiuntivo che porterà nelle tasche dei medici circa 17 euro mensili. Una vera elemosina che offende tutta la categoria.
5. Era stata prevista la defiscalizzazione al 15% delle prestazioni aggiuntive, ma numerose aziende si rifiutano di applicarla in attesa di una circolare del Mef che non promette nulla di buono.

6. Erano stati garantiti importanti miglioramenti sul fronte della responsabilità professionale per far lavorare i medici con maggiore tranquillità; invece, i risultati non ancora ufficiali della Commissione D'Ippolito appaiono estremamente fumosi e poco efficienti.

7. Era stata dichiarata guerra contro i cosiddetti medici gettonisti, e invece il Governo ha proposto un Disegno di Legge che intende contrastarli attraverso il ricorso a contratti precari co.co.co.

8. Erano state stanziato dallo Stato, negli anni passati, molte risorse in favore del personale sanitario, che tuttavia risultano ancora trattenute dalle Regioni. Non possono meravigliare, poi, le iniziative di alcune di esse che anticipano gli effetti dell'autonomia differenziata sul mercato del lavoro, elargendo premi di produzione extra contrattuali.

9. Era stato promesso un vero finanziamento per la sanità pubblica, e invece ogni provvedimento adottato dal Governo aumenta le risorse destinate alla sanità privata, senza tenere in considerazione lo scandaloso dumping salariale tra medici del pubblico e medici dipendenti di aziende private, molti dei quali attendono il rinnovo del contratto di lavoro da 20 anni.

10. Era stato annunciato il rispetto dei contratti di lavoro ed il rinnovo dei Ccnl entro la scadenza; invece stiamo riscontrando numerose difficoltà nella corretta applicazione del Ccnl 2016-2018 nelle aziende, in particolare degli articoli che riguardano l'orario di lavoro, nel tentativo di continuare a lucrare sulle ore lavorate a titolo gratuito. Al contempo siamo ancora in attesa dell'emanazione dell'atto di indirizzo necessario ad avviare le trattative per il Ccnl della dirigenza medica e sanitaria 2022-24, che scadrà tra due mesi.

«Con questo scenario, non possiamo che condividere la scelta di chi decide di abbandonare la sanità pubblica. La Federazione Cimo-Fesmed sarà dalla sua parte, e offrirà ogni possibile aiuto per supportare l'uscita dal Ssn», conclude Quici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# L'analisi del Gimbe

## «Risorse insufficienti per rilanciare la sanità»

Lo studio della Fondazione: le Regioni al bivio

di **Alessandro D'Amato**

ROMA

**L'aumento** reale dei fondi per la sanità nel 2025 è di 1,3 miliardi e non di 3,5. Le risorse sono destinate soprattutto ai rinnovi dei contratti. E quindi il piano di assunzione di medici e infermieri del ministro Schillaci non si potrà attuare. Così come non si potranno eliminare i tetti di spesa sulle liste d'attesa. Lo spiega la Fondazione Gimbe, che di fronte ai numeri della Legge di Bilancio parla di «cifre fuorvianti» e di «girandola di dati spesso strumentalizzati». E conduce invece un'analisi indipendente sui finanziamenti per la sanità in vista della discussione parlamentare sulla manovra.

### I SOLDI PER LA SANITÀ

Prima di tutto i numeri. Con la Finanziaria 2025 il Fondo sanitario nazionale raggiungerà i 136.533 milioni nel 2025, i 140.595 milioni nel 2026 e i

141.131 milioni nel 2027. La crescita dell'anno prossimo sarà in totale di 2.520 milioni di euro (+1,9%), ma di questi «solo» 1.302 milioni sono nuovi stanziamenti, mentre un miliardo e duecento milioni era già stato assegnato con la manovra 2024.

«Ma le modalità con cui vengono presentati nell'articolo 47 gli importi per gli anni successivi», spiega il presidente di Gimbe Nino Cartabellotta, «risultano fuorvianti: le cifre sino al 2030 indicano infatti l'incremento cumulativo del Fsn e non gli stanziamenti specifici per ciascun anno. Per questo, nonostante gli annunci, non si prospetta alcun rilancio del Fondo e si lascia così il servizio sanitario nazionale con risorse insufficienti».

### LE REGIONI

Con questi numeri, secondo Gimbe, le Regioni si troveranno di fronte a un bivio: tagliare altri servizi o aumentare l'addizionale

Irpef. Sulle liste di attesa è previsto un ulteriore aumento del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati, che crescerà dello 0,5% per il 2025 e dell'1% dal 2026. Mentre le Regioni che rispettano i criteri sui livelli essenziali di assistenza saranno premiate con 50 milioni nel 2025 e 100 milioni l'anno dopo. Fondi insufficienti, spiega Gimbe, così come quelli per le indennità di medici e infermieri. «Un aumento da 26.000 euro annui a 27.135 per tutte le specialità e a 28.785 per quelle meno ambite: cifre irrisorie per convincere i giovani medici a scegliere specialità che oggi non risultano più attrattive», conclude Cartabellotta.

### CONTE E SCHLEIN

Secondo il leader M5s Giuseppe Conte il rapporto Gimbe «dimostra che la sanità è al disastro e la manovra inadeguata. Siamo di fronte a un de-finanziamento che farà male soprattutto a quella pubblica». La segretaria Dem Elly Schlein fa sapere che il Pd «farà una battaglia sulla sanità pubblica, perché la situazione è veramente drammatica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### «Lo sciopero? Tante regioni»

L'EX PRESIDENTE DELL'ISS



**Walter Ricciardi**

Docente di Igiene alla Cattolica

«I medici hanno molte ragioni per scioperare. Se un operatore sanitario italiano va a lavorare all'estero, guadagna il doppio di quanto percepisce da noi. È l'unica categoria professionale che non ha visto crescere il potere d'acquisto. Per non parlare degli episodi di violenza. La politica non riesce a fornire risposte adeguate». Così l'ex presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, al Festival della Salute di Siena

### Il nodo indennità

«CIFRE IRRISORIE»



**Nino Cartabellotta**

Presidente Fondazione Gimbe

Una legge di Bilancio che tradisce le aspettative dei professionisti sanitari. Le indennità previste per medici e infermieri «sono - secondo la Fondazione Gimbe - cifre irrisorie per convincere i giovani medici a scegliere specialità che oggi non risultano più attrattive» e, «salvo briciole, saranno concretamente esigibili solo a partire dal 2026»



# Sanità, il ministro accusa le Regioni

**Intervista a Schillaci:** non hanno ancora speso i fondi per le liste d'attesa dei governi precedenti. Il Gimbe: in manovra risorse insufficienti  
 Levata di scudi contro l'estensione della web tax a tutte le imprese digitali. Barberis (Nana Bianca): aumenteranno i costi dei servizi online Servizi alle p. 12 e 13

## Liste d'attesa e Finanziaria Schillaci attacca le Regioni «Mai spesi i fondi del governo»

Il ministro a Firenze: non è un problema solo di risorse, bisogna saperle anche usare  
 «Le assunzioni di medici e infermieri? Ho sempre parlato di un piano pluriennale»

di **Francesco Ingardia**  
 FIRENZE  
**Ministro della Sanità Orazio Schillaci, sulla manovra si è scatenata una ridda. Soprattutto sugli stanziamenti per la sanità. Quante risorse ci sono realmente?**

«Questo governo ha rimesso al centro la sanità – risponde il ministro dal palco, intervistato da Erika Pontini, capocronista della cronaca di Firenze de *La Nazione*, all'iniziativa del centrodestra toscano 'Due anni di governo Meloni. L'Italia torna a correre' –, con soldi stanziati per invertire trend pericolosi post-pandemia. Dopo un decennio di tagli strutturali di governi precedenti pari a 37 miliardi. La spesa sanitaria in Italia continua a crescere quest'anno. Ho sempre parlato di un piano assunzioni pluriennale che guarda al 2026. Per il 2024, sono bollinati 2,4 miliardi. Fino a 5,1 per il '25. Nessun governo ha mai stanziato tali cifre. Il premier Meloni solleva un tema rilevante quando parla non tanto di avere soldi ma come spenderli».

**Ma il governo, comunque, punta all'aumento dei camici bianchi si o no? Sono pronti a sciopero perché reputano offensivo l'aumento di 17 euro nette...**

«Attendono risposte i medici. Lo

sappiamo e cercheremo di darle con l'aumento in busta paga del 6%, con l'indennità di specificità anche ad altri operatori sanitari come farmacisti e biologi. Il prossimo anno avendo a disposizione più soldi daremo un segnale ancora maggiore. Da medico conosco i medici meglio dei sindacalisti. A loro interessa lavorare ed essere pagati bene. A Landini che mi accusa di voler sfruttare i medici, rispondo che gli orari in più sono solo su base volontaria, sono pagati 100 euro l'ora defiscalizzati con tassazione al 15%».

**La piattaforma prevista sulle liste d'attesa la vuole aprire anche al privato convenzionato?**

«Assolutamente sì. E il privato convenzionato deve mettere a disposizione le sue agende. È uno dei criteri per l'accreditamento. Non sono un ideologo, per questo dico che chi ideologizza il privato convenzionato non si rende conto di quanto sia impensabile abolirlo. Chiariamo un concetto: in Italia oggi non ne possiamo fare a meno e nessuno potrà cancel-



larlo. Basta dare regole chiare e trasparenti. A mio giudizio le liste d'attesa sono un fenomeno dovuto a una cattiva organizzazione»,

**E la carenza di medici?**

«Siccome questi soloni – delle opposizioni, ndr – continuano a dire che la spesa sanitaria si calмира in base al Pil, sono andati a vedere i dati Ocse dei 39 paesi? L'Italia per numero dei medici non è certo agli ultimi posti. Quello che manca in Italia non sono i medici, ma gli infermieri. Oltretutto mal pagati. L'Italia è fanalino nel rapporto infermieri-abitanti in Europa. Non ho mai incontrato onestamente un medico indigente in tanti anni di professione. Quindi che i medici italiani guadagnino

poco rispetto agli altri è vero, ma è pur vero che in altri Paesi la vita costa anche di più».

**In Toscana la Regione ha dovuto ritoccare l'addizionale Irpef per far fronte a un deficit di bilancio da 200 milioni dovuto alla mancata corresponsione del Payback. Come la mettiamo?**

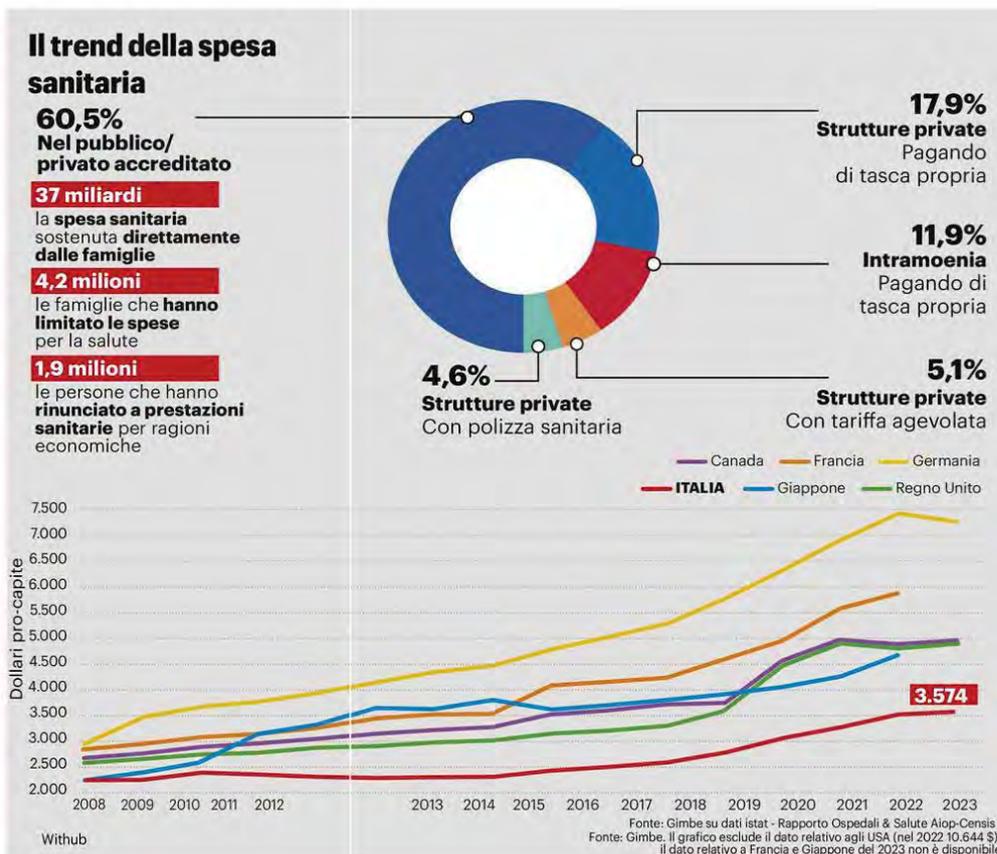
«Sa chi l'ha introdotta la legge sul Payback? Il governo Renzi. Una misura lasciata nel cassetto fino al 2022, poi tirata fuori da Draghi. La metto semplice: se vado al ristorante, mangio e poi pago. Non ho capito perché io governo devo pagare i conti di altri. Perché le Regioni non hanno controllato? La trovo una legge sbagliata, per rimborsarli vediamo perché per

farlo servono soldi. Che comunque il governo Meloni ha stanziato l'anno scorso con un miliardo. A Gianni dico che le Regioni devono spendere bene i soldi che gli sono stati dati, in maniera chiara, poi si vede».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I NUMERI**

**«Secondo l'Ocse quelli che mancano nel nostro Paese sono gli infermieri»**



Dir. Resp.: Luciano Fontana

**Il libro**

Gabanelli-Ravizza  
La sanità è malata

di **Paolo Giordano**  
a pagina 23

# La malattia della sanità

Milena Gabanelli e Simona Ravizza  
pubblicano per Fuoriscena  
«Codice rosso», viaggio nel sistema  
assistenziale e ospedaliero pubblico  
aggredito da privati e affaristi

di **Paolo Giordano**

**C'**è stato un periodo, non molto tempo fa, in cui l'Italia ha promesso a sé stessa di restituire alla sanità pubblica, e in particolar modo a quella territoriale, tutto ciò che le era stato tolto. Fondi, personale, dignità. Ma c'era una pandemia in corso allora, eravamo suggestionati, si sa come vanno a finire queste cose. Da allora, la notizia legata alla sanità che ricordo meglio, forse perché emblematica, è il video di un gruppo di medici e infermieri barricati in uno stanzone del policlinico di Foggia, mentre i parenti di una paziente deceduta in ospedale, fuori, vogliono linciare.

Per anni Milena Gabanelli e Simona Ravizza hanno portato avanti indagini sul sistema sanitario nazionale. Molte le abbiamo lette e ascoltate in Dataroom. Ma per scrivere il libro pubblicato dalla casa editrice (assai virtuosa) Fuoriscena, sono «scese più in profondità», hanno completato quei dati con molti altri e li hanno uniti in una visione d'insieme. «È stato come digerire un elefante». Confessano di aver sviluppato, lavorandoci, forme originali

di ipocondria. Ma il risultato del loro sacrificio è un libro organico, chiaro in ogni suo passaggio e spaventoso in alcuni, che servirà a noi cittadini per orientarci meglio in un sistema sempre più labirintico, e per i decisori — se avranno l'umiltà di leggerlo — a decidere meglio d'ora in poi.

Una premessa va fatta, e non di piaggeria: nella sua versione ideale, ovvero quella descritta nell'articolo 32 della Costituzione, il nostro sistema sanitario è forse il migliore possibile al mondo, il più egualitario, il più accessibile: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti». Sintetico, elegante, esaustivo. Sarebbe ingiusto non riconoscere che pur in mezzo a innumerevoli difficoltà lo spirito costituzionale resiste oggi in molte realtà, soprattutto se si hanno malattie gravi come un tumore. Lo abbiamo visto, ancora una volta, durante l'emergenza Covid. Pur nella postura che le contraddistingue — rigorosa, distaccata, appena ironica, mai enfatica —, anche Ga-



banelli e Ravizza muovono dallo stesso affetto per il nostro sistema sanitario. Tanto da scegliere, per descrivere il loro sentimento davanti alla mole di dati raccolti, non la parola «indignazione», bensì «sgomento», più partecipe, più personale. Al quale aggiungerei: dispiacere.

Ci sono malfunzionamenti descritti in *Codice rosso* che conosciamo per esperienza diretta: se siamo stati di recente in un Pronto soccorso, se abbiamo tentato la sorte prenotando una visita dermatologica nel pubblico (l'ultima volta che l'ho fatto io, in Lazio, mi hanno offerto uno slot non so più dove, l'anno successivo), se abbiamo un anziano non autosufficiente in famiglia, se abbiamo accumulato abbastanza statistica sui medici di base (considero l'aver trovato il mio attuale, disponibile e competente com'è, una specie di grazia divina, tanto da non rivelare il suo nome neppure agli amici stretti). Ma Gabanelli e Ravizza portano alla luce molte altre storture, più nascoste e inquietanti. L'opacità nella formazione proprio di quei medici di base, «un corso triennale mal retribuito e con un programma spesso vecchio e scadente», per di più in mano al loro stesso sindacato in uno sfacciato conflitto di interessi. Le scuole di specializzazione senza i requisiti minimi per specializzare, eppure accreditate. La voragine che si è aperta nei reparti di Medicina di emergenza-urgenza. La mortalità infantile, che in alcune regioni, soprattutto del sud, è più alta che altrove.

Un elenco completo non ha senso qui, c'è il libro. Qui conviene provare a cogliere quale malattia del sistema sanitario viene fuori dall'anamnesi accurata di Gabanelli e Ravizza. E la malattia, a fine lettura, appare conclamata: un'aggressione crescente della parte pubblica del nostro sistema sanitario da parte dei soggetti privati. Cliniche, cooperative di professionisti, medical center, farmacie, assicurazioni... Un'infezione che aggredisce proprio quella natura ideale che ci fa — o ci farebbe — preferire il nostro sistema sanitario a qualunque altro. E che prospera in larga parte proprio parasitando la componente pubblica del sistema.

Un esempio: nella mancanza endemica di personale, gli ospedali si trovano a ricorrere a medici «a gettone» per coprire i turni, medici ingaggiati tramite cooperative e superpagati rispetto ai colleghi del pubblico, sebbene talvolta siano pescati proprio fra coloro che non erano riusciti ad accedere alle scuole di specializzazione. «Sono stati individuati gettonisti arruolati come ostetrici ma senza nessuna formazione per fare i parti cesarei, altri che operano in Pronto soccorso ma senza avere competenze in Medicina d'urgenza». Alcuni di loro accorpano turni sfiancanti fino a quarantotto ore filate. Un *outsourcing* al ribasso insomma, dissennato, molto simile a quello che avviene nel settore delle infrastrutture e dei lavori pubblici, subappalti di subappalti, con il controllo e la qualità che si riducono a ogni passaggio, talvolta causando disastri.

Un altro esempio: molti ospedali privati che lavorano in convenzione con il pubblico, ricevono rimborsi cospicui per le prestazioni che offrono, rimandano le prenotazioni invernali all'anno successivo. Come se d'un tratto il

loro ritmo fosse rallentato, o come se a Natale fossimo «tutti più sani». Un mistero. Ma mistero non è ovviamente: arrivato un certo punto dell'anno, il numero massimo di rimborsi consentito è stato raggiunto, questo significa per gli ospedali privati perdere i margini di guadagno, perciò meglio attendere, anzi far attendere i pazienti fino all'anno nuovo. Curiosità nella curiosità: secondo l'indagine di *Codice rosso*, alcuni medici che lavorano in questi ospedali sono particolarmente inclini a operare le colonne vertebrali, dal momento che si tratta dell'intervento più remunerativo fra quelli rimborsati dallo Stato.

E così via.

Il meccanismo che si delinea procedendo nella lettura è all'incirca il seguente: per un mix di malagestione e bieco interesse, le risorse della sanità pubblica sono arrivate a scarseggiare in molte direzioni, prima fra tutte quella del personale medico e infermieristico. Il pubblico è perciò obbligato ad affidarsi ai servizi del privato, che spinge in ogni modo affinché il divario aumenti, così da aumentare il proprio profitto. Le connivenze fra dirigenze sanitarie, lobbisti e politica permettono di amalgamare bene il tutto. Non è solo la sanità lombarda. Non è solo la sanità ligure. È tutta la sanità italiana. La deriva perversa di un sistema che dovrebbe essere ispirato a valori costituzionali diversi.

L'ultimo capitolo del libro è il più dolente. S'intitola *Vecchi e abbandonati*, parla dei nostri anziani e degli anziani che saremo. Leggendo mi ha raggelato una nota di puro bilancio: dal 2020 l'Inps sta risparmiando oltre un miliardo di euro l'anno rispetto alle previsioni per via dell'eccesso di morti di Covid. Sono i pensionati deceduti prematuramente. Proiettata al 2030, questa eredità triste di oltre dieci miliardi poteva essere impiegata per i sopravvissuti. Eravamo tutti motivati a un certo punto, per ciò che avevamo visto accadere nelle Rsa, per Alzano Lombardo, e chi se lo dimentica. Tre commissioni diverse hanno infatti lavorato, sono stati redatti una bozza e una Carta dei Diritti dell'Anziano. E poi? «Risultati concreti: zero». Anche la legge voluta dall'attuale governo, che «sembrava un lieto fine», è stata svuotata nella fase attuativa. «Quattro anni e l'interesse politico sul tema è tornato a essere così basso che non esiste ancora una mappatura completa a livello nazionale dell'assistenza agli anziani nelle case di riposo».

È soprattutto ai morti di Covid, traditi due volte, che mi sembra essere silenziosamente dedicata l'indagine di Gabanelli e Ravizza. Come se restassero loro due a non essersi arrese, a non aver rimosso, in questo Paese dove «le promesse saltano», dove vedere un problema



non è sufficiente per affrontarlo, questo Paese «incapace di dare ai suoi cittadini cure adeguate nella fase più complicata e fragile della loro vita» (c'è un altro libro pubblicato negli ultimi mesi che si può leggere accanto a questo per riattivare la nostra commozione per la terza età, un memoriale di Didier Eribon sul ricovero di sua madre, s'intitola *Vita, vecchiaia e morte di una donna del popolo*).

Per trovare uno slancio di speranza occorre tornare all'inizio di *Codice rosso*, anzi a prima dell'inizio, all'esergo di C.S. Lewis, un invito rivolto a tutti noi, certo, ma non veramente a

**L'inchiesta**

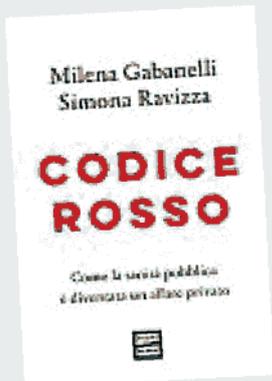
È soprattutto alle vittime del Covid, tradite due volte anche per le promesse non mantenute, che pare silenziosamente dedicata l'indagine

noi, perché Gabanelli e Ravizza sono immuni a certe forme di populismo, un invito rivolto al governo e alla politica e ai dirigenti della sanità, che ci auguriamo leggano questa ostensione paziente di dati, il primo pezzo di un lavoro che dovranno proseguire; a loro, Lewis dice una cosa semplicissima: «Non puoi tornare indietro e cambiare l'inizio, ma puoi iniziare dove sei e cambiare il finale».

**Gli incontri**

● Milena Gabanelli (che stasera sarà a *Che tempo che fa* di Fabio Fazio sul Nove) e Simona Ravizza presentano *Codice rosso* mercoledì 30 ottobre, ore 18, in Sala Borsa a Bologna con Emilio Marrese. Lunedì 4 novembre, alle 18, saranno alla Galleria nazionale d'Arte moderna di Roma: presenta Giovanni Floris, partecipa il ministro della Salute Orazio Schillaci. Domenica 17 novembre, alle 17, saranno al Castello Sforzesco di Milano con Beppe Severgnini

**Le autrici**



*Codice rosso. Come la sanità pubblica è diventata un affare privato* di Milena Gabanelli e Simona Ravizza (Fuoriscena, pp. 256, € 18) sarà in libreria e in edicola dal 29 ottobre



Gabanelli (a sinistra) ha ideato la trasmissione *Report* e fondato sul *Corriere* la rubrica *Dataroom*; Ravizza (a destra) è caposervizio di *Dataroom* e ha vinto nel 2020 il Premiolino





## La crisi (e gli interessi) dei medici di famiglia

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

L'assistenza territoriale che ruota intorno ai medici di famiglia è in crisi da tempo, ma non cambia nulla. I vertici di categoria puntano sulle visite a pagamento.

a pagina 23

DATAROOM



**Corriere.it**

Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

# Medici di famiglia La lobby di interessi

L'ASSISTENZA TERRITORIALE È IN CRISI MA NON CAMBIA NULLA  
CARTE, RIUNIONI E VIDEO PERMETTONO DI CAPIRE IL PERCHÉ  
I VERTICI DI CATEGORIA PUNTANO SULLE VISITE A PAGAMENTO

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

L'assistenza territoriale che ruota intorno alla figura del medico di medicina generale (Mmg) da anni mostra voragini, ma non cambia nulla. Per capire il perché è necessario rispondere ad alcune domande. Quali sono gli interessi della Fimmg, che riunisce il 63% dei professionisti iscritti al sindacato? Che cosa c'entra il medico di

famiglia, da cui ciascun paziente deve transitare per ogni necessità di salute, con la società Simg, guidata per oltre 30 anni dall'ematologo fiorentino Claudio Cricelli, già presidente dell'azienda Millennium, che vende i software ai medici



di base? Che cosa c'entra con l'Enpam, la più grande cassa pensionistica privata d'Italia, con un patrimonio di 25 miliardi di euro? E perché in campo adesso è entrata Legacoop, la più antica associazione delle cooperative italiane? *Data-room* è in grado di ricostruire attraverso riunioni, video e documenti inediti in che modo queste sigle sono tutte unite come un sol uomo da interessi comuni. Il medico di base, erroneamente considerato una figura di serie B fin dalla formazione post laurea (retribuita meno della metà delle Scuole di specializzazione), negli anni ha visto svilito la propria professionalità fino a ritrovarsi perlopiù un prescrittore di visite, esami, farmaci. Ora l'obiettivo dei vertici della categoria è quello di riorganizzarsi per fornire prestazioni a pagamento.

### Quando tutto inizia

A maggio 2021 viene inviato a Bruxelles il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr): sono messi a budget 2 miliardi di euro per la costruzione di 1.038 Case della Comunità. Si tratta di strutture pubbliche attrezzate di punto prelievi, macchinari diagnostici per gli esami, e un team multidisciplinare che comprende il medico di famiglia, per offrire assistenza ai cittadini tutti i giorni, dalle 8 alle 20. Lo scopo è alleggerire il pronto soccorso e potenziare l'assistenza sul territorio, i cui limiti ormai sono sempre più evidenti.

Lo dimostra la riunione del 22 settembre 2021 della commissione Salute che fa capo alla Conferenza delle Regioni. Gli assessori alla Sanità firmano un documento: «La pandemia da Sars-Cov-2 ha evidenziato ulteriormente che il profilo giuridico del medico di medicina generale e i loro contratti collettivi nazionali non sono idonei ad affrontare il cambiamento in atto, anche pensando (...) alla gestione delle multi cronicità, aumento delle fragilità, programmazione dell'assistenza domiciliare, ecc.». È il riconoscimento ufficiale del problema da parte degli assessori alla Sanità.

### Cosa finisce sotto accusa

Al contrario di ciò che molti pensano, il medico di base non è un dipendente del Servizio sanitario, ma un libero professionista pagato dal Servizio sanitario per garantire ai pazienti dei servizi in base a ciò che viene stabilito dagli accordi collettivi. Fuori da questo perimetro ogni richiesta è destinata a cadere nel vuoto, come per esempio l'esecuzione dei tamponi durante il Covid. La parte fissa della busta paga è la cosiddetta «quota capitaria», composta dalla somma di 3,51 euro al mese per ogni pazien-

te in carico. Poi una vaccinazione antinfluenzale vale 6,16 euro; la sutura di una ferita superficiale 3,32 euro; una medicazione va dai 6,16 euro ai 12,32, ecc. Il loro reddito varia a seconda del numero dei pazienti e da Regione a Regione, tuttavia la media pro capite è indicata in 107.270 euro lordi annui (fonte: Enpam), che in molti arrotondano con visite parallele a pagamento, o la presenza per esempio a eventi sportivi.

Che qualcosa vada cambiato lo pensa anche una parte sempre più numerosa dei medici di famiglia. In quegli stessi mesi infatti sta prendendo piede il «Movimento Mmg per la Dirigenza», nato nel 2020, indipendente dalle sigle sindacali e ormai diffuso su tutto il territorio nazionale che riconosce: «A quasi 50 anni dall'ultima grande riforma dell'assistenza territoriale del 1978 il nostro Servizio sanitario necessita di un nuovo modello di cure primarie, differente da quello che vede il medico di base lavorare da solo applicando normalmente il modello della medicina d'attesa. Il modello più promettente è quello di mettere insieme diversi professionisti che lavorino in team multiprofessionali e che siano proattivamente impegnati nella medicina preventiva».

### Il documento inedito

I mesi successivi alla riunione del settembre 2021 sono convulsi. Il ministero della Salute, guidato allora da Roberto Speranza, lavora con le Regioni alla riforma della medicina di famiglia. Il 21 luglio 2022 il premier Mario Draghi rassegna le dimissioni. Sul tavolo del governo c'è pronto un documento finora rimasto riservato. S'intitola: «Bozza di norma di riforma dei Mmg», e questi sono i contenuti: «Il medico di famiglia, con un rapporto di lavoro che sarà di "para subordinazione", dovrà garantire alle Case della Comunità, 18 ore a settimana su 38 a cui è vincolato il 30% della busta paga». Ma ormai è tardi e questa riforma, per mancanza di coraggio politico, non sarà mai approvata. Intanto la lobby dei medici di famiglia prepara la contromossa.

### Le Case della Comunità private

Il 20 settembre 2023, all'Hotel Nautico di Riccione, si svolge la convention nazionale della Simg (Società italiana medicina generale). Tra i relatori ci sono Alberto Olivetti e Luigi Galvano, rispetti-



vamente presidente e vicepresidente dell'Enpam, a cui i medici di famiglia versano una quota della busta paga in quanto lavoratori della Sanità autonomi. Viene presentato in anteprima il nuovo progetto di Enpam: i medici di famiglia potranno aggregarsi per dare vita a Case della Comunità *spoke* (ossia satelliti rispetto alle Case della Comunità pubbliche definite *hub*). Potranno essere gestite in autonomia e prese in affitto o in leasing con il sostegno di Enpam. L'investimento preventivato da Enpam è di 8 miliardi di euro.

**La riunione rivelatrice**

Il 21 ottobre 2023 nel corso di una riunione del sindacato Fimmg, il segretario provinciale e vicesegretario nazionale Pier Luigi Bartoletti prende la parola: «È chiaro che qualcosa va rivisto, perché vai da qualche collega e trovi il lettino con sopra i libri (...). Sul mercato privato, che si aprirà sicuramente nei prossimi

due anni, tutti abbiamo capito come funziona. I 40 miliardi di *out of pocket* (il valore del mercato sanitario a pagamento, ndr) sono 40 miliardi: noi dobbiamo essere in condizione di aggredire quella fascia di mercato, il che significa portare *mooolte* risorse nel nostro stipendio. Ma, per farlo, devi essere attrattivo per quel mercato, e lo sei non se fai ricette, ma se fai prestazioni sanitarie di primo livello». L'obiettivo è organizzarsi per un business privato: «Altrimenti ti trovi come un deficiente — conclude Bartoletti —. E c'è la Casa della Comunità (quella pubblica, ndr) che ti aspetta».

Alle 13.30 dell'8 febbraio 2024, il sindacato Fimmg, insieme alle altre associazioni di categoria, firma il nuovo Accordo collettivo nazionale. Che cosa prevede l'intesa? Gli ambulatori medici potranno continuare a restare aperti solo fino a 15 ore alla settimana. In compenso, in base alle nuove regole, chi ha meno di 400 pazienti, dunque la mag-

gioranza dei giovani medici di famiglia, è chiamato a mettere a disposizione delle Asl e delle Case della Comunità 38 ore, contro le sei ore di chi ha 1.500 pazienti, cioè i più anziani, per i quali tutto continuerà come prima. Il cerchio si chiude il 22 maggio 2024: la Fimmg firma un'intesa con Legacoop che metterà a disposizione ecografi, elettrocardiografi, servizi di segreteria e infermieri ai medici di famiglia che lo vorranno. Ecco garantiti tutti gli strumenti per lavorare nelle Case della Comunità private. Le necessità dei cittadini, ancora una volta, vengono dimenticate.

Dataroom@corriere.it

**Com'è composta la busta paga**

**VOCI FISSE**

al mese per ogni paziente (massimo 1.500)

 Quota pro capite	<b>3,51€</b>	 Extra per over 75	<b>2,59€</b>
 Per i primi 500 assistiti	<b>1,12€</b>	 Extra per under 14	<b>1,57€</b>

**VOCI VARIABILI**

cambiano a seconda della collocazione geografica

 Vaccinazione antinfluenzale	<b>6,16€</b>	 Sutura ferita superficiale	<b>3,32€</b>
 Assistenza domiciliare a chi non riesce a camminare	<b>18,9€ a visita</b>	 Medicazioni: -prima -successive	<b>12,32€ / 6,16€</b>
 Quota mensile a paziente per chi:		 Rimozione punti	<b>12,32€</b>
-lavora in gruppo	<b>1,04€</b>		
-ha la segretaria	<b>0,29€</b>		
-ha l'infermiere	<b>0,33€</b>		

**Il reddito**

**107.270€**

Media pro capite nazionale

Continuità assistenziale inclusa, da cui togliere tasse, contributi e spese di gestione dello studio



Quota variabile in base agli obiettivi di cura forniti dalle Regioni



Fonti: Ricostruzione Dataroom «Accordo collettivo nazionale», Annuario statistico Enpam 2022 riferito al 2021

**Il progetto di Case della Comunità private**



I Mmg individuano gli immobili



L'Enpam li acquista e li dà in affitto ai Mmg



I medici si potranno organizzare in cooperative o società

**I protagonisti**



Riunisce il 63% dei medici di famiglia iscritti al sindacato



Società italiana di medicina generale e delle cure primarie guidata per oltre 30 anni dall'ematologo fiorentino Claudio Cricelli



La cassa pensionistica privata dei medici che svolgono l'attività in maniera autonoma (compresi i medici di famiglia)



La più antica associazione delle cooperative italiane

**Le ore settimanali da garantire**

**PER CHI È GIÀ IN SERVIZIO**

In ambulatorio

 5 ore	 10 ore	 15 ore
Assistiti: fino a 500	da 501 a 1.000	da 1.001 a 1.500

**PER I NUOVI INGRESSI**

(Accordo collettivo nazionale 2019-2021 del 28 aprile 2022)

**Case della Comunità (art. 38)**

 38 ore	 24 ore	 12 ore	 6 ore
Assistiti: fino a 400	da 401 a 1.000	da 1.001 a 1.200	da 1.200 a 1.500

**LE REGOLE DEL DECRETO-LEGGE MAI APPROVATO**



## Le parole del futuro

Elena Feltri, ricercatrice dell'Istituto italiano di tecnologia, fabbrica circuiti elettrici usando il pigmento che sbianca i denti. Lo scopo è inserirli in pillole smart che, connesse, monitorino tutto l'organismo dall'interno

# «Dal dentifricio nasce il transistor commestibile»

Elena Feltri, 29 anni, laurea triennale in ingegneria fisica e laurea magistrale presso il Politecnico di Milano. Ha collaborato con il Center for Disruptive Photonic Technologies a Singapore e con il Center for Nanoscience and Technology dell'Istituto Italiano di Tecnologia. Nel 2021 ha intrapreso un dottorato in Fisica presso il Politecnico di Milano, lavorando nel gruppo di Printed and Molecular Electronics, guidato dal Dr. Mario Caironi. Il suo progetto di ricerca, parte dell'innovativo progetto "Elfo", finanziato dal programma H2020 ERC Consolidator Grant, è dedicato allo studio di semiconduttori commestibili per applicazioni biomedicali e nel monitoraggio alimentare.

**U**n ingrediente del dentifricio, il pigmento blu - quello che crea l'effetto sbiancante sui denti - diventa indispensabile anche nella nuova frontiera dell'elettronica organica edibile, utilizzato per creare il componente di base dei circuiti: il transistor. È una delle ultime invenzioni del gruppo di ricerca dell'Istituto Italiano di Tecnologia di Milano: il dispositivo potrà servire per costruire le pillole smart del futuro, quelle che una volta ingerite "leggeranno" i parametri del nostro organismo. Ne abbiamo parlato con

Elena Feltri, prima autrice dell'articolo e parte del team di ricercatori che lo scorso anno ha inventato la batteria edibile, definita dal *Time* tra le migliori invenzioni del 2023.

**Come nasce l'idea di investire le vostre energie su un dentifricio?**

«Lavorando al progetto "Elfo" sull'elettronica edibile, abbiamo riscontrato che uno degli ostacoli principali è la carenza di conduttori. Una collega, Alina Sharova, ha iniziato a cercare qualcosa di non convenzionale nell'area di ciò che mangiamo. E lo ha scovato nel pigmento blu, già noto per essere un semiconduttore. Quando ci laviamo i denti circa un milligrammo del pigmento viene ingerito, e non è tossico per l'organismo, come conferma un team di dentisti dell'Università di Novi Sad in Serbia. E così lo abbiamo inserito tra i nostri dispositivi».

**Quali sono le caratteristiche di questo pigmento blu, che lo rendono così interessante per la ricerca?**

«Il pigmento blu, che in realtà si chiama ftalocianina di rame, è un materiale sintetico presente nel mercato dei dentifrici da almeno 15 anni. È usato come sbiancante perché fa apparire un dente ingiallito più bianco, per il tempo in cui permane sulla superficie dentale. Un aspetto interessante è che la struttura chimica del pigmento, che fa-

vorisce una conduzione di carica all'interno dei cristalli, permette di usare la ftalocianina anche come semiconduttore in applicazioni di elettronica organica. Inoltre non è solubile in acqua, quindi è adatto per restare all'interno del tratto gastrointestinale».

**Qual è il ruolo del semiconduttore all'interno della vostra ricerca?**

«Il semiconduttore è uno dei tre elementi base per creare il transistor, cioè il circuito che si trova anche negli elettrodomestici, nei cellulari e nei computer; poi c'è il conduttore, per il quale usiamo argento e oro. Sono già approvati come "cibo", tanto che vengono usati nelle guarnizioni in pasticceria. E ancora gli isolanti presenti in natura, come l'etilcellulosa o il chitosano. Abbiamo calcolato che, con la quantità di pigmento blu ingerito giornalmente, potremmo realizzare 10 mila transistor».

**Lei fa parte del gruppo di ricerca di Mario Caironi, che lo**



scorso anno ha inventato la batteria edibile. A che punto siete col progetto?

«L'obiettivo è arrivare a una pillola edibile che possa contenere diverse parti al suo interno, dalle più semplici come il transistor a quelle più complesse come i sensori, in grado di rilevare Ph, temperatura, pressione, solo per fare qualche esempio.

Gli step successivi saranno mettere insieme tutti i piccoli pezzi singoli all'interno di una stessa pillola; ogni gruppo di ricerca sta sviluppando una parte diversa, con l'obiettivo finale di dimostrare che tutti insieme funzionano».

**Non esistono pillole con componenti elettroniche edibili?**

«Esistono pillole ingeribili che non sono fatte di materiali edibili, dotate di radiofrequenze che permettono di leggere i parametri trasmessi all'esterno, che servono per applicazioni diagnostiche del tratto gastrointestinale. Ma queste pillole hanno una percentuale di rischio di ritenzione, perché i materiali di

cui sono composte non si degradano all'interno del corpo. Noi vorremmo sviluppare una pillola che non esiste, che fornisca informazioni diagnostiche e venga digerita senza problemi».

**Come potrebbe comunicare con l'esterno?**

«Al momento siamo ancora nella fase di sviluppo dei circuiti e dei sensori separati, quindi lontani da un prototipo integrato, ma la trasmissione dell'informazione probabilmente sarà legata a cosiddetto "internet delle cose". Stiamo lavorando a un canale per fare arrivare l'informazione all'esterno, usando la capacità del corpo di condurre segnali elettrici. Possiamo immaginare un cerotto intelligente che riceva il segnale della pillola e lo invia direttamente al medico di base».

**Che dimensioni ha il prototipo?**

«Attualmente non parliamo di nanodispositivi, ma di millimetri: il transistor misura circa 1,5 mm per lato. Le dimensioni nanometriche non sono un nostro obiettivo, ma sicuramente dovrà essere miniaturizzato per essere parte di una pillola».

**Queste pillole del futuro, che vantaggio potrebbero offrire?**

«Immaginando che saranno disponibili tra 10/15 anni, potrebbero cambiare l'approccio verso tecniche ospedaliere più invasive e che richiedono una su-

pervisione. La pillola edibile potrebbe essere ingerita anche a casa, perché non crea alcun rischio per la salute e potrebbe alleggerire il carico sugli ospedali. Avrebbe anche dei costi più bassi, perché viene prodotta con processi di stampa a basse temperature, lavorando con cibo e materiali low cost che rendono l'elettronica organica più conveniente, ovviamente se prodotta su larga scala».

**Lo scorso anno, il Time ha definito la batteria edibile una delle invenzioni più importanti del 2023. Grande soddisfazione del vostro gruppo?**

«Sì, gli autori principali della batteria sono stati Ivan Ilic e Valerio Galli. Si tratta di una batteria ricaricabile fatta con materiali derivati dal cibo, estratti dalle mandorle, dai capperi e dall'alga. Funziona molto bene, è facilmente riproducibile e può essere ricaricata per molti cicli».

Paolo Travisi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«LE COMPRESSE POTRANNO LEGGERE PARAMETRI COME LA PRESSIONE O IL PH E COMUNICARLI VIA WEB AL NOSTRO MEDICO»**

## I NUMERI

1,5

millimetri la dimensione del transistor realizzato col pigmento blu

2

milioni di euro il finanziamento europeo per il progetto "Elfo"

2023

la batteria edibile è stata la migliore invenzione dell'anno per il "Time"

8

i ricercatori del team "Elfo" che hanno lavorato al transistor edibile

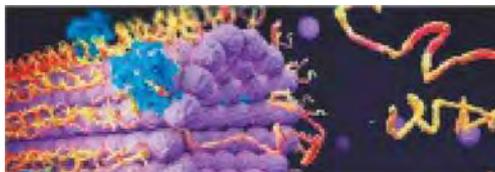
15

gli anni che mancano all'arrivo sul mercato delle pillole smart edibili



## LA SUPER FARMACIA (ALCHEMICA) DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Pallavicini a pagina 18



# La super farmacia (un po' alchemica) dell'intelligenza artificiale

I nuovi Nobel della chimica hanno a che fare con le proteine. Che si possono progettare ex novo con una forma utile per combattere le malattie

Quando pensiamo all'AI, l'intelligenza artificiale, pensiamo a uno strumento tra lo stupido e il diabolico. Abbiamo in mente alcune delle cose che sa fare, e queste ci stanno antipatiche o addirittura ci fanno paura: per esempio i testi insipidi che l'AI sforna sostituendosi agli scrittori, o i video falsi che l'AI genera, talvolta utilizzati per costruire fake news.

Sono tutti output che hanno bisogno di istruzioni: «mostrami Kamala Harris e Donald Trump che passeggiano tenendosi per mano e poi si baciano». È un video che ancora gira in rete, ma per generarlo l'AI ha dovuto prima imparare. E cioè digerire video (veri) di Trump e Harris, nonché apprendere il concetto di passeggiata e di bacio. I premi Nobel per la fisica e per la chimica, assegnati martedì 8 e mercoledì 9 ottobre, hanno molto a che fare con questo. Ma ci suggeriscono che all'AI possiamo guardare anche con rispetto, se non gratitudine.

Bisogna partire dalle proteine. Sono fatte di aminoacidi come ala-

nina, leucina, cisteina... (ce ne sono venti), piccole molecole considerate i mattoni della vita. Le proteine sono costituite da lunghe catene di aminoacidi, fino a qualche migliaio. Caratteristica fondamentale delle proteine è la struttura, cioè forma, perché ne determina la funzione. Funzione che può andare dal costituire il tessuto muscolare al degradare molecole tossiche, o al trasportare ioni ferro nel sangue. Ma da cosa deriva la forma di una proteina? Da come le sue catene di aminoacidi si ripiegano e si avvolgono, cosa che a sua volta dipende da come gli aminoacidi di certe parti della catena interagiscono con gli aminoacidi di altre parti della catena. Ma se conosciamo la sequenza degli aminoacidi di una proteina, cioè come questi sono allineati lungo la catena, dovremmo essere in grado anche di sapere co-



# il Giornale

me questi interagiscono tra loro e, dunque, di prevedere la forma che avrà la proteina. Giusto? Fino a sei anni fa assolutamente no.

Ci sono tecniche sperimentali che ci permettono di conoscere la struttura di una determinata proteina: la si isola, purifica, cristallizza, si conduce un esperimento di diffrazione di raggi X sul cristallo, e, dopo tanti calcoli, ecco la struttura. È una faticaccia, ma lo si fa dagli anni 50.

A loro volta le proteine possono essere sequenziate, cioè in laboratorio può essere determinata la loro composizione quanto ad aminoacidi, e sapere come questi sono messi in fila lungo la catena. Ebbero, sul rapporto sequenza/struttura nel 1994 è stata aperta una competizione pubblica biennale tra i biochimici, la CASP (Critical Assessment of Protein Structure Prediction). Chi vi partecipava aveva accesso alle sequenze di aminoacidi di nuove proteine di cui era anche appena stata determinata la struttura per diffrazione su cristallo. Quest'ultima, la struttura, non era però resa nota ai partecipanti. Si doveva appunto prevederla sulla sola base della sequenza aminoacidica. Risultato? Solo fallimenti. Non è sorprendente: dopotutto anche una proteina fatta di appena 100 aminoacidi ha 10 elevato alla 47 (e cioè più di un miliardo di miliardi di miliardi di miliardi di miliardi) potenziali strutture tridimensionali. Le cose sono cambiate radicalmente nel 2018 quando Demis Hassabis ha partecipato alla CASP. Hassabis è uno dei tre premiati con il Nobel per la chimica di quest'anno, e non è un chimico. Laureato in computer science e con un dottorato in neuroscienze, ora CEO di GoogleDeepMind, nel suo esordio nella competizione CASP è riuscito a centrare le previsioni delle strutture delle proteine al 60% usando l'AI.

Un suo sistema, AlphaFold, era stato istruito con tutte le strutture di proteine note sin lì, e con le corrispondenti sequenze di aminoacidi. John Jumper invece ha una laurea in fisica teorica della materia e un dottorato in chimica teorica. Esperto di proteine, è entrato in GoogleDeepMind nel 2017, ha iniziato subito a lavorare con Hassabis, e ha portato nell'approccio AI i concetti delle reti neurali per modellizzare le proteine, migliorando AlphaFold in una nuova versione. Nel 2020 lui e Hassabis usando AlphaFold2 hanno centrato pressoché al 100% i quesiti della competizione CASP, tanto che da allora tutti i partecipanti lo usano (è stato reso open source).

Quest'anno Jumper ha ottenuto metà del Nobel per la Chimica, divisa a sua volta con il collega Hassabis. E il Nobel per la Chimica ha seguito di un solo giorno quello per la Fisica, assegnato a John Hopfield e Geoffrey Hinton, per lo sviluppo della tecnologia delle reti neurali nel machine learning, cioè quel processo che attraverso l'apprendimento da parte di un computer di schemi noti, e con il confronto tra quelli noti e quelli proposti, può portare, per dire una cosa semplice, al riconoscimento di una persona o di un oggetto in una foto. O, per dirne una più complicata, alla previsione della struttura reale di una proteina.

Manca il terzo vincitore del Nobel per la Chimica 2024, quello che se n'è aggiudicato l'altra metà. È David Baker, questa volta un biochimico a tutti gli effetti, del genere che usa l'approccio "in silico" (cioè al computer), ma che poi le molecole le sintetizza davvero. Baker ha elaborato un programma che ha chiamato Rosetta (come la stele), che fa il lavoro opposto di quello di Hassabis e Jumper: nota la struttura di una proteina, ne trova la sequenza di aminoacidi. Rosetta si basa sull'esplorazione dei



# il Giornale

database delle strutture delle proteine e delle corrispondenti sequenze, e cerca piccoli frammenti di sequenze aminoacidiche che abbiano una struttura simile a frammenti di quella desiderata. Un lavoro da AI. E infatti nel 2020 Baker ha implementato in Rosetta un sistema simile ad AlphaFold2, migliorandone notevolmente l'uso.

L'approccio di Baker ha un importante vantaggio: se ti inventi una proteina con una data struttura, con Rosetta puoi capire con quale sequenza di aminoacidi la puoi ottenere, e poi prepararla in laboratorio. Se già questi imponenti risultati scientifici ci fanno prova-

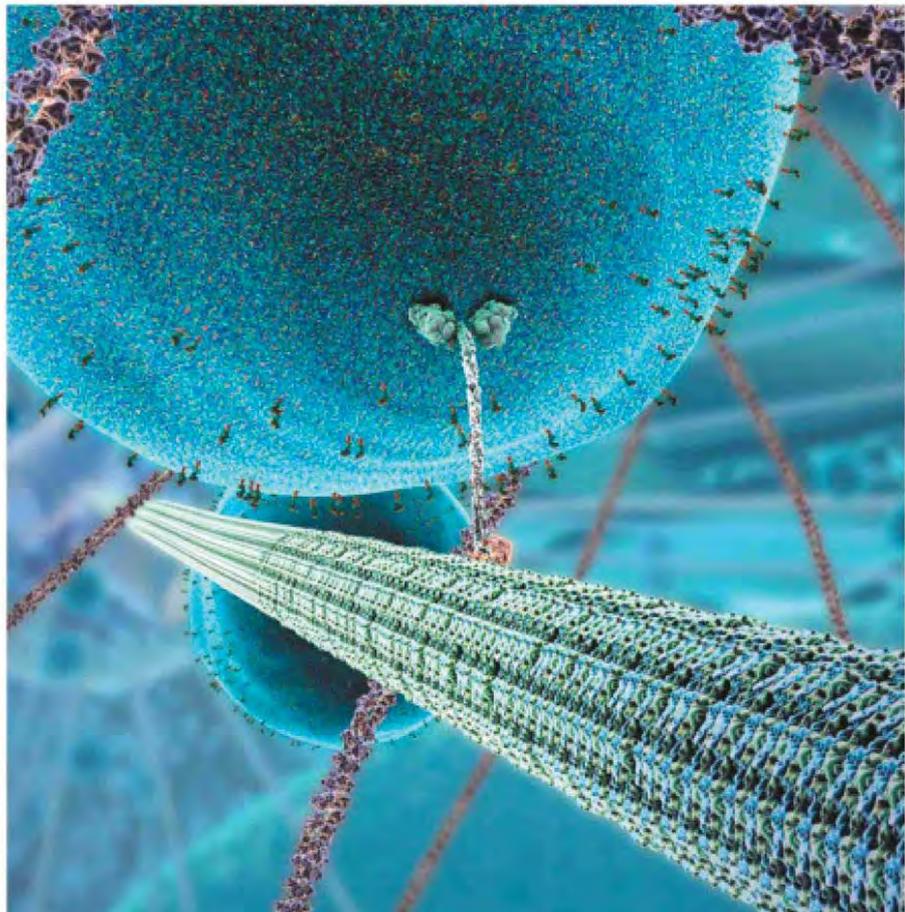
re rispetto, è qui che arriva anche la gratitudine. Perché si possono progettare ex novo proteine con una forma che gli permette di svolgere funzioni utili, determinarne la sequenza aminoacidica, e poi sintetizzarle davvero: proteine utili come vettori per la somministrazione più efficace di farmaci, sensori selettivi per molecole specifiche (come per esempio il fentanyl, la cosiddetta «droga degli zombie»), o proteine che imitano la struttura dei virus dell'influenza, che possono essere usate come vaccini.

*\*Professore ordinario di chimica inorganica all'Università di Pavia*

di Piersandro Pallavicini\*

## LA STORIA

Le proteine sono composte da aminoacidi: i mattoni della vita



**LA STRUTTURA SEGRETA**  
Il Nobel per la Chimica 2024 è stato assegnato a David Baker, Demis Hassabis e John M. Jumper per le ricerche sulla struttura delle proteine



## LE CONSEGUENZE DEI PREMI NOBEL

## LA SCIENZA DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

di Massimo Sideri

**I**l 2024 è già destinato a lasciare in sospeso almeno un importante interrogativo sul futuro delle scienze: i due premi Nobel, uno per la Fisica e l'altro per la Chimica, appena annunciati e che saranno consegnati il 10 dicembre (l'anniversario della scomparsa del fondatore del premio), sono da considerarsi gli ultimi premi dei sapiens o i primi consegnati anche all'intelligenza artificiale? È una domanda chiave per capire se dobbiamo iniziare a pensare a una antropologia della civiltà delle macchine. La questione non è banale perché non è certo la prima volta che una tecnologia viene di fatto premiata accanto alla scoperta scientifica: basterebbe risalire al Nobel per la Chimica del 2020 che ha visto coinvolta la tecnica del Crispr-Cas9, il cosiddetto taglia & incolla del DNA. Ma in questo caso viene messo nero su bianco che l'AI ha contribuito, in qualche modo, a «capire». È sicuramente il caso del premio per la Chimica, consegnato per metà allo scienziato David Baker e per metà a Demis Hassabis e John Jumper per il contributo dato grazie all'AI da loro sviluppata, AlphaFold, nello svelare uno dei rebus della biologia: come si ripiegano 200 milioni di proteine a partire dalla catena di amminoacidi? Non c'è coscienza (né magia) ma c'è scienza dietro l'AI. Hassabis, per inciso, è stato uno studente all'Mit del genovese Tomaso Poggio, uno dei pionieri dell'AI. Siamo tutti convinti che i dilemmi della tecnologia siano moderni, nati con i computer. Ma basterebbe sfogliare *Il Conte di Montecristo* per scoprire che lo stesso Alexandre Dumas, non certo uno scienziato, faceva dire a uno dei nemici di Dantés che il telegrafo avrebbe reso un solo uomo più pericoloso di Napoleone con la sua spada. Eppure nessuno in passato avrebbe dato una parte del merito al cannocchiale accanto a Galilei (pur essendo stato necessario per dimostrare le teorie copernicane). O alla fotografia 51 per la comprensione della struttura del DNA.

In parte la soluzione del dilemma iniziale si trova in una riflessione di Vito Volterra, il fondatore del Cnr: esistono casi in cui la scienza produce tecnologia e industrie (Volterra faceva l'esempio dell'elettricità nata nei laboratori come quello di Volta e nei dibattiti come quello

sul galvanismo, con ampie ricadute anche sulla letteratura come con *Frankenstein*, per poi atterrare nelle imprese). Ma esistono casi in cui un fenomeno parte dalle fabbriche per essere compreso scientificamente solo dopo. È la storia del vapore: la sua applicazione ha portato a una delle più importanti scoperte scientifiche di sempre, le leggi della Termodinamica. Per inciso, in Volterra c'era già la spiegazione di cosa dovrebbe fare l'Europa, cioè far dialogare scienza ed economia, proprio come spiega il recente rapporto Draghi che affida all'innovazione e alla scienza il futuro stesso e la sopravvivenza della Ue stretta come un vaso di coccio tra Usa e Cina.

Ora volendo fare un parallelismo tra vapore e AI dovremmo optare più per il secondo caso evidenziato da Volterra che per il primo: sappiamo come si ripiegano 200 milioni di proteine (comunque una parte del tutto) ma non il perché. Se c'è una nuova termodinamica da scoprire non ne abbiamo indizi. La stessa struttura delle reti neurali artificiali che sono alla base di AlphaFold e che sono valse il Premio Nobel per la Fisica a Hopfield e a Hinton ce lo impediscono: tra dati e risultato (input e output) c'è il regno della cosiddetta *black box*. Anche gli esperti di «perceptroni», come erano stati chiamati in origine i primi neuroni delle macchine, hanno difficoltà a ricostruire il percorso labirintico che ha portato proprio a quel risultato scientifico.

Senza contare che l'esercizio dell'errore aveva un suo ruolo pedagogico: oggi l'AI farebbe risparmiare a Edison i due anni che i prototipi di lampadine gli costarono per capire che il tungsteno era la soluzione. Ma con quei due anni sparirebbe anche tutta l'esperienza fatta. Per questo motivo, nonostante l'entusiasmo, dobbiamo rimanere prudenti nel considerare questi come i primi Nobel spartiacque della nuova era dell'AI. Sappiamo il come. Ma il perché per ora resta materia da comprendere per il cervello umano. E non è la stessa cosa. Il teorema di Fermat era noto da quando il matematico lo appuntò sul bordo delle pagine dell'*Arithmetica* di Diofanto di Alessandria. Era il 1637. Ma solo nel 1994 abbiamo potuto dire di averlo capito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La domanda**

**Bisogna chiedersi se dobbiamo iniziare a pensare a una antropologia della civiltà delle macchine**



## FARMACEUTICA

# BIOTECH IN CORSA MA SERVE PIÙ RICERCA E NUOVI TALENTI

L'azienda del pharma innovativo Incyte ha organizzato il secondo forum su questi temi. «Il nostro compito è portare risposte in ambiti nuovi», dice il president R&D Pablo Cagnoni. Ma l'Europa sta frenando sugli investimenti con solo il 16% del totale globale

di VALENTINA IORIO

Lo scorso anno il settore farmaceutico e biotech ha investito 2 miliardi di euro in Italia, con un aumento del 21% in 5 anni. E si prevede che, dal 2025 al 2030, a livelli mondiale ci saranno 2 mila miliardi di euro di investimenti, l'80% dei quali sarà destinato a reti di ricerca. Le biotecnologie svolgono un ruolo chiave nell'affrontare le sfide in termini di salute pubblica, a partire dalla necessità di fronteggiare i cambiamenti associati all'aumento e invecchiamento della popolazione.

Inoltre, la ricerca in settori ad alta innovazione è una leva fondamentale per colmare il divario in questo campo con Usa e la Cina. Ma, a oggi, le biotech europee possono accedere solo al 20% circa dei finanziamenti disponibili per i loro omologhi americani. Per colmare questa distanza è fondamentale avere una strategia nazionale a supporto della ricerca e la capacità di attrarre investimenti.

La seconda edizione del «Forum Incyte» sulla ricerca, che si è svolto a Roma nei giorni scorsi, è stata l'occasione per fare il punto sul settore. «Quasi la metà della nostra popolazione aziendale a livello globale è impegnata in ricerca e sviluppo, un quarto dei nostri addetti alla ricerca sono basati in Europa e circa il 45% dei pazienti arruolati nei nostri studi clinici sono cittadini europei — ha evidenziato Pablo Cagnoni, president e head of R&D di Incyte, azienda

biofarmaceutica nata negli Usa e presente in Nord America, Europa e Asia —. Portare risposte in ambiti nuovi, in cui i pazienti hanno a disposizione scarse opzioni terapeutiche, o anche nessuna, richiede investimenti, partnership strategiche e un forte orientamento all'innovazione. Per questo, l'ecosistema in cui un'azienda si inserisce è fondamentale e deve evolversi ai ritmi che le sfide attuali richiedono, con flessibilità e lungimiranza».

«L'Italia ha un peso importante nell'attività di ricerca grazie agli eccezionali standard qualitativi delle istituzioni di ricerca che supportano i trial clinici — ha aggiunto Onofrio Mastandrea, vice presidente e general manager di Incyte Italia —. Da quando siamo arrivati qui, nel 2016, a oggi abbiamo portato avanti 63 studi clinici, di cui il 25% in Fase I. Alla luce di questo impegno, abbiamo voluto inaugurare un percorso di dialogo sul tema della ricerca. Il Forum diventerà un appuntamento annuale, un'occasione per riflettere insieme sulle aree in cui è urgente intervenire per richiamare investimenti e talenti e rendere il Paese competitivo e attrattivo sul fronte della ricerca».

Di circa 20 mila farmaci in sviluppo nel mondo, il 45% è di origine biotech. Malgrado questo la quota degli investimenti in ricerca da parte delle biotecnologie è sottovalutata da coloro che non operano nel settore, come dimostra una ricerca condotta da YouTrend per Incyte che ha coinvolto

800 giovani di età compresa tra 18 e 35 anni. L'80% degli intervistati, infatti, sottostima la quota di fatturato che le aziende del settore reinvestono. Ciò non toglie che la metà dei giovani che hanno preso parte al sondaggio ritiene che gli investimenti nelle biotecnologie producano valore per la società e avanzamento per la ricerca e quasi otto su dieci sostengono che le biotecnologie siano uno strumento di competitività da valorizzare.

## Competitività

«A oggi, però, l'Unione europea sta perdendo competitività, soprattutto nella ricerca e sviluppo, dove nel 2023 gli Stati Uniti hanno investito il 52% del totale globale, mentre l'Europa solo il 16%. Se guardiamo poi all'Italia, la fotografia è di un Paese leader nella produzione farmaceutica, con il 18% del totale europeo, ma con solo il 6% degli investimenti continentali in ricerca e sviluppo. Per rimanere competitivi in questo settore, il nostro Paese deve quindi diventare più attrattivo per gli investimenti esteri, combinando incentivi per la



R&S a semplificazione, stabilità e certezza delle regole», ha evidenziato Fabrizio Greco, presidente di As-sobiotec.

Secondo Carlo Riccini, vicedirettore generale di Farindustria: «L'innovazione nelle Life Sciences è fondamentale per salute, sicurezza, crescita, occupazione di qualità». L'industria farmaceutica in Italia è prima per investimenti in Open Innovation, con un aumento del 75% in dieci anni, grazie a partnership con università e centri pubblici. «E i brevetti — conclude Riccini — crescono più che

negli altri grandi Paesi europei. Investire in ricerca significa credere nel futuro e l'Ue deve fare di più, con politiche per l'attrattività e regole competitive sulla proprietà intellettuale, per invertire una tendenza che la vede perdere quote degli investimenti mondiali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Da quando siamo arrivati nella penisola, nel 2016, abbiamo condotto 63 studi clinici, di cui il 25% in Fase I»

## La Ue deve fare di più, con politiche per l'attrattività e regole concorrenziali sulla proprietà intellettuale



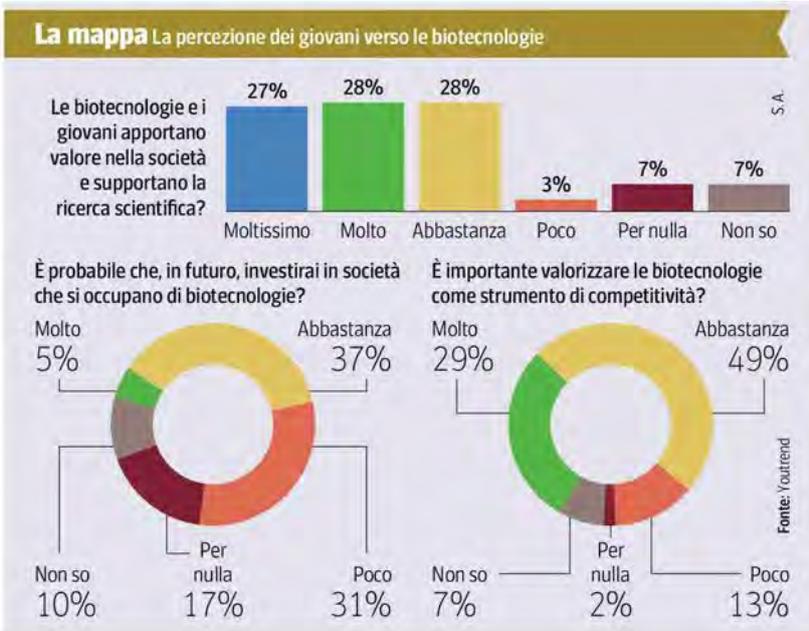
### ● Identikit

L'azienda biofarmaceutica Incyte nasce a Wilmington, in Delaware (Usa), e ha sedi operative in Nord America, Europa e Asia. La sua attività di ricerca e sviluppo si estende attraverso gruppi di ricerca presenti in altri 14 Paesi, per un totale di oltre mille dipendenti. La sede di Incyte Italia è a Milano. Da due anni l'azienda organizza il Forum sulla ricerca per promuovere un confronto sul settore in Italia.



### Alla guida

Pablo Cagnoni è president e head of R&D dell'azienda biofarmaceutica Incyte



LA RICERCA FARMACEUTICA DELLA MENARINI SULLE INFEZIONI RESISTENTI AGLI ANTIBIOTICI

## È italiana l'azienda in prima linea contro i batteri killer

**LUCA PUCCINI**

■ Ci sono già (circa) 33mila morti all'anno solamente in Europa, ma senza soluzioni efficaci i decessi planetari potrebbero diventare, nei prossimi 25 anni, addirittura 39 milioni. Parliamo dell'antibiotico resistenza che in Italia è un vero e proprio bollettino di guerra (fa 11mila pazienti morti all'anno, un terzo del totale europeo, infettati da batteri resistenti, appunto, agli antibiotici esistenti e che non hanno, purtroppo, a disposizione nuove terapie) e che anche in termini di giornate di degenza ospedaliera non scherza (se ne registrano un milione e 300mila). Tanto per capirci: i "batteri killer" sono la seconda causa di morte per i pazienti col cancro.

Un'emergenza, però silente. Nel senso che generalmente se ne parla poco (se ne è discusso, invece, al G7 della Salute di Ancona) e, forse, si potrebbe fare di più per arginarla. Un'emergenza su cui la Menarini, una tra le più importanti aziende far-

maceutiche del nostro Paese, ha deciso di investire. Con esperti e ricercatori, studi e approfondimenti: che in fondo è la lezione della pandemia, la scienza ci salva la pelle, ma per salvare la scienza servono gli investimenti.

Menarini è tra le poche case al mondo a portare avanti un intero filone di ricerca e sviluppo relativo alle soluzioni terapeutiche contro le infezioni multi-resistenti: «Abbiamo scelto di impegnarci in questo settore», raccontano Lucia e Alberto Giovanni Aleotti, entrambi azionisti del gruppo, «andando contro il parere degli analisti. Siamo orgogliosi di questa scelta, ma di certo non siamo stati premiati. Per stimolare sempre più aziende a investire è necessario pensare a un nuovo modello di pagamento, simile a quello dei farmaci orfani per le malattie rare, riconoscendo l'altissima innovazione di questi prodotti salvavita». Una scelta etica, la loro, visto che il prezzo di vendita negoziato con le autorità per questi prodotti innovativi è

così basso da non coprire quasi i costi che ci sono per realizzarlo.

Menarini, che è presente in 140 Paesi, ha 17mila dipendenti e conta su un fatturato di 4,3 miliardi di euro, ha aderito anche a un fondo globale che è riuscito a raccogliere oltre un miliardo di euro proprio in vista dell'obiettivo di scoprire e sviluppare nuovi antibiotici entro il 2030. «Alla luce dell'ultimo G7 Salute siamo convinti che qualcosa cambierà», chiosano con ottimismo gli Aleotti, «quella dell'antibiotico resistenza è una battaglia che abbiamo il dovere di vincere perché potremmo trovarci presto in una situazione simile a quella del Covid».



**L'appuntamento** Il luminare dell'Humanitas riceve l'8 novembre alla Scala il premio «Lombardia è Ricerca

je

# «UNA VITTORIA DI GRUPPO»

## MANTOVANI E L'IMMUNOLOGIA NELLA LOTTA AI TUMORI

di **Massimo Sideri**

**C'**è un doppio paradossoso nei premi: quando sono prestigiosi — come nel caso del riconoscimento «Lombardia è Ricerca» all'immunologo Alberto Mantovani — sono sì l'ulteriore occasione per sottolineare l'importanza del percorso scientifico e delle scoperte fatte. Eppure, allo stesso tempo, riportano alla memoria la traversata del deserto. Perché ogni scoperta, come spiegava l'epistemologo Thomas Kuhn, inizia come un sasso lanciato nello specchio d'acqua dello status quo. Essere pionieri significa cambiare le cose partendo da piccole increspature. «Nessuno ha mai messo in discussione i dati — ricorda Mantovani — però è vero che io stesso pensavo a noi immunologi come a una specie di riserva indiana. Tanto è vero che ancora alla fine del millennio c'era uno scetticismo diffuso sull'immunologia e sul contributo importante che potesse dare il sistema immunitario, in quanto tale, nella lotta ai tumori. Però devo aggiungere che tutto questo ha a

che vedere con la vita scientifica: gli stessi autori che all'inizio si erano mostrati scettici alla fine hanno accettato quello che io, che sono un amante di Ingmar Bergman, ho chiamato il settimo sigillo, cioè il contributo del sistema immunitario».

Ma dicevamo che i paradossi sono due. Il secondo lo svela sempre il professor Mantovani: «Le confesso un motivo di imbarazzo: i premi vengono dati a una persona, massimo a due o tre come nel caso del Nobel. Eppure dietro ce ne sono molte altre. Questo è certamente vero in biomedicina: a portare avanti le scoperte è sempre un gruppo di persone giovani che sono i ricercatori e le ricercatrici e poi ci sono le persone «dimenticate», i tecnici e gli infermieri che sono altrettanto importanti. Nel ricevere il premio Robert Koch (prestigioso riconoscimento dedicato al grande antagonista di Pasteur durante quella che nell'Ottocento venne chiamata la caccia ai batteri, ndr) ho presentato una diapositiva con i miei tecnici che sono migliori del mondo». L'architetto Carlo Scarpa, autore tra l'altro della famosa Tomba Brion in Veneto, ricordava d'altra parte che non avrebbe potuto fare nulla senza il suo carpentiere. E quando scomparve gli volle

edificare una delle tombe più belle del cimitero di Venezia.

**Professor Mantovani se dovesse spiegare salendo pochi piani in ascensore l'importanza delle sue scoperte?**

«Negli anni Settanta e Ottanta, andando contro le credenze prevalenti, ho scoperto che all'interno dei tumori c'erano cellule del sistema immunitario che erano passate al nemico: invece di difendere il corpo aiutavano la crescita tumorale. Questa scoperta ha avuto ricadute a livelli diversi: dal punto di vista del mio percorso scientifico mi ha permesso di scoprire molecole e geni, ma le ricadute di carattere generale hanno a che fare con la storia di un sogno. Usare il sistema immunitario contro il cancro in continuità ai lavori di Carl June (premiato da Lombardia è Ricerca lo scorso anno, per i contributi sulle Car-T, ndr) è andato incontro a fallimenti ripetuti».

**È stata appunto la traversata del deserto...**

«È stato un cambiamento di paradigma e dunque è stato molto difficile: quello che oggi sappiamo, come avevo previsto, è che il cancro non è solo la cellula tumorale perché nella sua nicchia ecologica ci sono anche le cellule del sistema immunitario passate al nemico o addormentate».

**Questa visione ha conseguenze anche sul ruolo del nostro stile di vita.**

«Questo è un altro contributo fondamentale. Per esempio quando siamo in sovrappeso dovremmo ricordare che il tessuto grasso è composto anche da molte cellule immunitarie disorientate. Sappiamo ora che l'esercizio fisico è anche una palestra per il nostro sistema immunitario. Capiamo ancora male come funziona, ma sappiamo che è così. Sono molto allarmato dal fatto che siamo il secondo peggior Paese europeo per numero di bambini in sovrappeso. Solo la Grecia sta peggio e questo avrà ricadute sul sistema sanitario».

**La scienza come sempre è anche una palestra di errori sapienti.**

«Dobbiamo sempre ricordare che anche la scoperta del Dna come informazione genetica non è stata accettata subito. La storia dell'immunologia è una storia di insuccessi ripetuti da cui abbiamo saputo imparare molto».



# «Con scienza e tenerezza accanto alle vite più fragili»

Il presidente della Fondazione, Vincenzo Barbante: «La sfida più grande resta quella di andare oltre la “fornitura” di servizi, offrendo uno sguardo che tenga conto del bene del paziente e dei suoi cari»

DANIELA POZZOLI

**A**lle cure e alle tecniche più avanzate per la riabilitazione del corpo, si affianca una “terapia dell’anima”, che significa offrire al paziente “la consolazione e la tenerezza di Dio”. Lo sottolineò papa Francesco durante un incontro in Vaticano nel 2019. E con questo spirito chi lavora nel mondo della Fondazione Don Gnocchi porta avanti l’eredità preziosa del fondatore don Carlo, quindici anni dopo la sua beatificazione che ricorre proprio in questi giorni. La sua opera oggi conta 25 centri in tutto il mondo, con quasi seimila tra dipendenti e collaboratori, migliaia di pazienti assistiti a domicilio, in ambulatorio o ricoverati nelle Rsa e con l’astronomica cifra di centomila ore donate dai volontari, come sgrana don Vincenzo Barbante, presidente della Fondazione dal 2016. «Il compito che ci è stato affidato dal “papà dei mutilatini” non è semplice - sottolinea don Barbante -. Ci viene chiesto, in un mondo come quello di oggi che ha scarsa considerazione per i deboli, di rispondere con competenza e passione alle richieste di chi soffre, mettendo a disposizione tutto ciò che sappiamo fare e mettendoci in gioco con scienza, cuore, fede».

**In questa ottica che significa per la Fondazione rinnovare oggi il carisma di don Gnocchi?**

Le risponderò citando la lettera che don Carlo scrisse al cugino Mario, il 17 settembre del 1942: «Desidero e prego dal Signore una sola cosa: servire per tutta la vita i suoi poveri. Ecco la mia “carriera”». Su questo impulso la Fondazione si muove tuttora, avendo come missione lo stare accanto alla vita, sempre. Non siamo un ente assistenziale e offriamo qualcosa di più di quanto riportano i mansionari sanitari: un modello di cura che non è solo la prestazione medica di alta qualità, ma anche il prendersi in carico la persona, lavorando insieme tra tutti i vari professionisti. Anch’io come presidente visito i nostri centri italiani per incontrare, coinvolgere nella missione e motivare chi vi lavora. **Il vostro motto è quello che sosteneva don Carlo, secondo il quale condividere la sofferenza è “il primo atto terapeutico”.**

Noi copriamo tutti gli ambiti della fragilità, dagli stati vegetativi alle gravi cerebrolesioni acquisite, alla neuropsichiatria dell’età evolutiva... E garantiamo, da Nord a Sud, lo stesso standard di prestazioni. La sfida più grande resta quella di andare oltre la “fornitura” di servizi, offrendo un diverso sguardo che tenga conto del bene del paziente e dei suoi cari. I nostri infermieri, terapisti, psicologi, logopedisti, ricercatori, medici, manager e tutti quelli che collaborano, sanno che per curare e riabilitare occorrono molti ingredienti, ma un unico sguardo sulla persona. Che è lo sguardo del bene. **La fedeltà ai valori del fondatore implica anche il potenziamento della ricerca scientifica e dell’innovazione tecnologica. Un impe-**

**gno al quale dedicate sforzi?**

Siamo tra i leader in Italia della ricerca e innovazione nel settore della riabilitazione e della cura delle diverse abilità, con un focus su una medicina riabilitativa sempre più predittiva, personalizzata, partecipativa e preventiva. La Fondazione guarda al futuro e alla ricerca scientifica e lo fa grazie agli oltre 9 milioni di euro di finanziamenti che abbiamo ricevuto nel 2023 e i 4.900 pazienti reclutati nelle sperimentazioni cliniche in corso.

**Esul fronte della solidarietà internazionale, quanto le sta a cuore questa attività?**

Ci tengo moltissimo ai progetti che abbiamo in corso. Penso alla Casa della misericordia di Chortkiv, in Ucraina, che ospita 60 bambini disabili che provengono da famiglie segnate da povertà e violenza, dalla quale dall’inizio della guerra sono passati oltre 2mila tra profughi, vedove, anziani soli. In questa struttura forniamo anche formazione del personale locale, definizione di trattamenti terapeutici, supporto logistico e know-how necessario per mandarla avanti. Abbiamo chiuso i progetti che avevamo in Ruanda (siamo rimasti per 20 anni) e in Burundi e oggi possiamo dire che camminano con le loro gambe. Siamo presenti in Bosnia con un centro per bambini disabili. In Bolivia andiamo a prendere i minori operati, ma che hanno bisogno di riabilitazione, nei villaggi arroccati sulle Ande. Operiamo in Ecuador, Cambogia e Myanmar, nelle Filippine.



**Il lavoro dei volontari e dei giovani del Servizio civile universale che ruolo ha nella vostra Fondazione?**  
I volontari partecipano a pieno titolo alla missione dell'ente, portando la ricchezza della loro testimonianza che è frutto della gratuità. Si affiancano alle attività degli altri operatori e lavorano in rete con diverse realtà. Penso agli anziani soli e a quanto il sorriso dei volontari sia loro di sostegno. A questi si sono aggiunti i giovani del Servizio civile universale: da 20 sono diventati 60. Non sono lasciati soli, ma affiancati da tutor. Portano nei reparti e nelle case di riposo freschezza ed entusiasmo, spesso proponendo atti-

vità sorprendenti e innovative. **L'attenzione che dedicate alle famiglie dei pazienti ricopre una parte importante del vostro prendervi cura?**  
Sì, perché davanti a un bimbo cerebroleso, a un giovane papà malato terminale, il nostro compito è sostenere la famiglia e aiutarla a elaborare quello che sta avvenendo. Mi lasci dire due parole sui nostri operatori e su come si sono spesi durante il Covid. Non finirò mai di ringraziarli. Chiusi nei reparti con gli anziani, spesso sono stati loro a offrire l'ultima carezza. Mi ricorderò sempre un infermiere che mi telefonò disperato "don Vincenzo,

muoiono e non c'è nemmeno un prete per dare l'estrema unzione, che devo fare?". Gli chiesi se fosse battezzato, mi disse di sì. "Allora di un Padre Nostro e consegnali nelle braccia del Signore". Ecco lì c'è tutto il senso della nostra opera.

## I numeri della Fondazione



**25** centri



**3.758**  
Posti letto



**5.700**  
tra dipendenti  
e collaboratori



**2.683**  
anziani in degenza  
e nei centri diurni



**108.703** ore donate da volontari  
e civiltisti



Bilancio di missione 2023, Fondazione don Carlo Gnocchi onlus

La Fondazione guarda al futuro e alla ricerca scientifica: 4.900 pazienti sono stati reclutati nelle sperimentazioni cliniche



Don Vincenzo Barbante



## RICERCA E INNOVAZIONE: I SISTEMI ROBOTICI DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA

# Cura e prevenzione, la frontiera nella lotta alle malattie croniche

Capire il substrato delle malattie, imparare a differenziarle e a prevederne l'evoluzione per riuscire a curare meglio le persone grazie alla ricerca scientifica è l'attività che caratterizza principalmente la Fondazione Don Gnocchi. Alla ricerca si dedica una squadra di quasi trecento ricercatori, appartenenti a diverse discipline e di tutte le età. La società invecchia, la medicina progredisce ma spesso la cura non è la guarigione, ma la ricerca di un nuovo equilibrio che permetta una qualità di vita decente pur in presenza della malattia. Ed è un equilibrio dinamico, che a volte si perde e che va costantemente seguito e preso in cura. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che il 71 per cento delle morti nel mondo sono dovute a malattie croniche. E in Italia, secondo l'Istituto superiore di Sanità, ne sono affetti il 18 per cento degli italiani tra i 18 e i 69 anni. Per rispondere a questa situazione la ricerca e la medicina riabilitativa stanno vivendo una nuova era. La presa in carico delle cronicità è il cardine dell'attività della Don Gnocchi non

solo in ambito clinico-assistenziale, ma anche della ricerca scientifica. «L'obiettivo dei nostri progetti - spiega il direttore scientifico, professoressa Maria Cristina Messa - è sviluppare strade nuove per comprendere le basi biologiche di molte patologie croniche, capire quali cambiamenti funzionali e morfologici avvengono in seguito a una cura e verificarne l'efficacia in maniera rigorosa. La Fondazione assolve il proprio ruolo di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sostenendo e promuovendo progetti di riabilitazione e cura con soluzioni innovative e approcci multidisciplinari di presa in carico del paziente, con un focus sulla medicina personalizzata e di precisione. Credo molto, inoltre, nella capacità della Fondazione di portare a tutti l'aiuto e le risposte necessarie a un bisogno».

La Fondazione oggi garantisce la stessa qualità assistenziale in tutti i suoi Centri, dalla Lombardia alla Basilicata. In questa direzione, ad esempio, muove il progetto "Fit4MedRob" (Fit for Medical Robotics), sostenuto dal Governo italiano nel contesto del Piano

Nazionale per gli investimenti complementari al PNRR, che vede coinvolta la Don Gnocchi con altri prestigiosi partner tra Università, centri clinici e di ricerca e imprese, con l'obiettivo di mettere a disposizione delle persone fragili affette da malattie croniche e con disabilità, sia in età pediatrica che adulta, nuovi sistemi robotici di riabilitazione neuromotoria che ne migliorino la qualità di vita. Nell'ambito del progetto, la Fondazione realizzerà, presso i propri Centri di Salerno e della Basilicata un polo di eccellenza per le sperimentazioni cliniche in tema di medicina riabilitativa robot-assistita.



Il rapporto presentato da Gilead Sciences: la campagna in atto dal 2020 ha raggiunto l'11% del target. È disponibile gran parte dei 71,5 milioni già stanziati. Società scientifiche e associazioni chiedono la proroga dei termini al 2025 e l'estensione per età

# Patto per guarire Lo screening contro l'epatite C

**L'**Organizzazione mondiale della Sanità ha chiesto di cancellare dalla faccia della terra l'epatite C (HCV) entro il 2030. Una data utopicamente vicina, anche se molti Paesi, tra i quali l'Italia, hanno imboccato la strada giusta per centrare l'obiettivo.

Nel nostro Paese, infatti, dal 2020 è in atto un programma di screening per l'epatite C, che ha l'obiettivo di individuare le infezioni sommerse e sottoporle a trattamento, per ridurre la trasmissione del virus e la comparsa delle condizioni correlate a questa infezione (cirrosi, cancro del fegato). Il programma di screening si rivolge a tre popolazioni target: la coorte dei nati tra il 1969 e il 1989, le persone seguite dai Servizi per le dipendenze (Ser.D.) e i detenuti.

Per sostenere il programma, dal 2020, sono stati stanziati 71,5 milioni di euro. A oggi si stima che lo screening abbia raggiunto solo l'11% della popolazione tra i 35 e i 55 anni. Un risultato decisamente insufficiente. Per questo, Società Scientifiche e Associazioni Pazienti chiedono di prorogare l'attuale programma di screening per l'epatite Cal-

meno a tutto il 2025, promuovendolo con maggior efficacia ed estendendolo anche ai nati tra il 1948 ed il 1968 (oltre alle coorti già interessate).

Per l'estensione e l'ampliamento dello screening, potrebbero non servire fondi aggiuntivi, visto che i 71,5 milioni di euro già stanziati attraverso il Decreto Milleproroghe sono stati utilizzati finora solo in minima parte.

## L'EVENTO

I bassi dati di adesione allo screening sono stati comunicati nel corso dell'incontro "Epatite C: Obiettivo eliminazione, il momento è adesso. Strategie e modelli organizzativi per riscrivere la storia delle epatiti virali", promosso di recente a Roma da Gilead Sciences, con la partecipazione di decisori pubblici nazionali, regionali e territoriali, rappresentanti delle Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni Pazienti, esper-

ti, professionisti sanitari e sociosanitari.

Il Report "Eliminazione dell'Epatite C in Italia - Stato dell'arte e nuove strategie regionali", realizzato da ISHEO per Gilead Sciences, ha evidenziato che, al 31 dicembre 2023, erano state testate oltre un milione di persone ed erano stati identificati

oltre 10mila casi di infezione da HCV attiva. Un risultato importante ma insufficiente, anche perché la fine del programma di screening è al momento prevista per fine 2024.

Il documento, presentato nel corso dell'evento, contiene anche un'analisi dell'implementazione del programma di screening, le stime del budget utilizzato e di quello rimanente, la numerosità della coorte 1948-1968, i costi dell'eventuale ampliamento dello screening a questa popolazione e i risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

## IL DATO

Solo l'11% della popolazione generale della coorte 1969-89, come visto, si è finora sottoposta allo screening; la stima del budget rimanente, rispetto ai fondi già stanziati, è dunque di 61.644.920 euro. Se lo screening venisse esteso alla coorte dei nati tra il 1948 e il 1968, sarebbero oltre 31,5 milioni le persone eleggibili e la copertura economica necessaria ad implementarlo sarebbe di

oltre 10mila casi di infezione da HCV attiva. Un risultato importante ma insufficiente, anche perché la fine del programma di screening è al momento prevista per fine 2024.



58.380.040 euro. Una spesa quindi sostenibile, in quanto ampiamente coperta dai fondi residui.

## IL PROGRAMMA

E c'è dunque chi rilancia sull'estensione del programma. «Lo screening nazionale è finalizzato al raggiungimento degli obiettivi Oms – ricorda Ivan Gardini, presidente Epac ETS – Per questo bisogna fornire alle Regioni certezza di stabilità sul lungo periodo, almeno fino al 2030, rendendo lo screening strutturale e non sperimentale come è al momento, apportando tutte le modifiche normative del caso, concertate con Regioni, Società scientifiche e Associazioni pazienti. È auspicabile una strategia sanitaria globa-

le sulla prevenzione delle infezioni trasmissibili, che possa trovare concrete possibilità di attuazione attraverso una solida base normativa ed economica, almeno per l'epatite C».

«L'epatite C – ricorda Vincenza Calvaruso, presidente dell'Associazione italiana Studio del Fegato – è una malattia infiammatoria del fegato causata dal virus HCV. Nella maggior parte dei casi l'infezione evolve in epatite cronica, fibrosi, cirrosi e carcinoma epatico. Questo processo dura molti anni, durante i quali l'infezione resta silente. È quindi molto difficile stimare il “sommerso” e pertanto, per raggiungere l'obiettivo dell'eradicazione dell'epatite C, è essenziale in primo luogo non fermare il “Confidential - Not

for Public Consumption or Distribution programma di screening” ma continuare ad assicurarlo e implementarlo ovunque non sia ancora partito, per tutte le popolazioni target».

Durante l'incontro, è stato presentato il “Patto per l'eliminazione dell'Epatite C”, sottoscritto da tutti gli attori del Sistema Salute e volto a mettere a terra tutte le azioni necessarie a centrare questo obiettivo.

**Maria Rita Montebelli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## INUMERI

# 270

Le migliaia di persone che in Italia sono guarite dall'epatite C

# 700

In migliaia, i decessi ogni anno nel mondo causati dall'infezione



# 150

I milioni di persone affette dal virus a livello globale

# 75%

I casi di infezione da virus di epatite C che diventano cronici

**L'OMS FISSA AL 2030 LA DATA PER DEBELLARE LA PATOLOGIA GARDINI (EPAC ETS): «LA PREVENZIONE VA RESA STRUTTURALE»**

**CALVARUSO (AISF): «DIFFICILE IDENTIFICARE IL SOMMERSO L'INFEZIONE RESTA SILENTE PER ANNI E POI EVOLVE»**

**Dal 2020 esiste un programma di screening per l'epatite C. Obiettivo è individuare le infezioni sommerse e trattarle**



**L'intervista Massimo Andreoni**

# «I farmaci sono efficaci, vanno individuati i malati»

**L'**obiettivo dell'Oms, abbracciato da tutti gli Stati membri, è di ridurre entro il 2030 le infezioni da HCV del 90% e i decessi a queste correlate del 65%. Abbiamo chiesto al professor Massimo Andreoni, Direttore scientifico della Società italiana di Malattie infettive e tropicali di parlarcene.

**Qual è la situazione globale?**

«Nel mondo almeno 150 milioni di persone hanno questa infezione, che causa ogni anno 700mila decessi. Ma l'obiettivo dell'Oms è alla nostra portata, perché disponiamo di farmaci così efficaci da garantire nel 98% la completa guarigione dall'infezione e la sua eradicazione nel singolo individuo».

**E in Italia?**

«Finora abbiamo trattato con i nuovi farmaci antivirali e guarito circa 270mila persone con infezione da HCV e questo ha ridotto drasticamente i ricoveri per cirrosi, tumore del fegato e il numero dei trapianti di fegato. Risultati che dimostrano come questa terapia sia in grado di ridurre tutte le condizioni legate all'HCV».

**Cosa resta ancora da fare?**

«Si stima che in Italia ci siano altre 200-300 mila persone con infezione da HCV che non sanno di averla. Dobbiamo dunque continuare a effettuare lo screening per individuarle. Abbiamo fatto più di metà strada, ma resta ancora tanto lavoro da fare».

**Come è organizzato lo screening e che risultati ha prodotto?**

«Nel 2020 l'Italia ha stanziato un fondo per offrire lo screening gratuito a tutti i nati tra il 1969 e il 1989, ai soggetti seguiti presso i Ser.D. e le persone detenute. Lo screening ha avuto una prima estensione al 2023, poi a tutto il 2024. Ma la capacità di arruolare persone è stata molto difforme tra le varie Regioni. Nonostante questa attività non ottimale, a oggi abbiamo individuato più di 13mila persone con infezione da HCV, secondo gli ultimi dati del ministero della Salute. E almeno metà di queste ha già iniziato la terapia».

**Siamo però lontani dall'obiettivo del 90% richiesto dall'Oms. Cosa succede adesso?**

«Proprio perché lo screening non è stato condotto in maniera ottimale, è rimasto un rilevante fondo non utilizzato. Chiediamo di poter utilizzare questi soldi con due finalità: estendere il periodo di

screening almeno per tutto il 2025 e allargarlo alla classe d'età 1948-1968, cioè alla popolazione più anziana che probabilmente ha una prevalenza di infezione superiore a quella screenata finora».

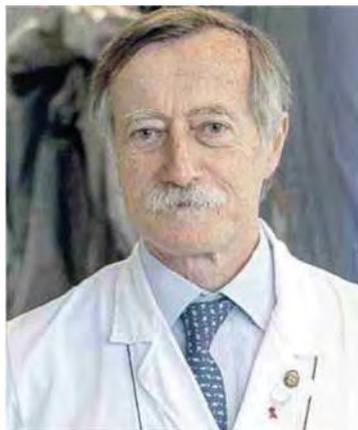
**Come mai allora è stata data la precedenza ai giovani per lo screening?**

«La scelta di partire dai giovani è motivata dal fatto che hanno maggiori probabilità di trasmettere l'infezione. Individuarli subito consente di ridurre al massimo la circolazione del virus. Ma adesso vorremmo estendere lo screening anche alla popolazione più anziana, perché sappiamo da dati italiani che ha una prevalenza di infezione da HCV più alta rispetto ai giovani».

**M. R. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL DIRETTORE SCIENTIFICO SIMIT: SECONDO ALCUNE STIME, 200-300MILA PERSONE NON SANNO DI AVERE L'EPATITE**



**Massimo Andreoni, direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive e tropicali**



# Tagli ai margini delle case farmaceutiche Più difficile trovare i medicinali generici

## IL CASO

**ROMA** Dopo quella dei cervelli, l'Italia deve affrontare la fuga dei medicinali. Accelerata, secondo il mondo della farmaceutica, anche dai cento milioni in più garantiti in Finanziaria per i distributori del settore. A scatenare le ire delle imprese non soltanto il fatto la metà di questa cifra viene presa, erodendo i loro margini. Il settore - 3.512 imprese, 65mila addetti, fatturato da 52 miliardi di euro per la stragrande maggioranza sostenuto dall'export - teme che in Italia diventerà sempre meno conveniente produrre per il mercato domestico. Diventa più conveniente portare pillole e fiale fuori confine, dove si pagano di più, lasciando vuoti gli scaffali delle nostre farmacie.

Ad alzare la voce è soprattutto il mondo dei generici, che vale oltre 4 miliardi di euro e vende a prezzi più bassi. «Siamo profondamente sconcertati - fa sapere Stefano Collatina, presidente di Egualea - Di questo passo i distributori si troveranno ad avere sempre meno farmaci da distribuire». Senza dimenticare che «a rimetterci saranno gli utenti», perché «noi non saremo nelle condizioni di

tenere in commercio tutti i farmaci». Sulla stessa posizione è anche la Farmindustria, la Confindustria del settore.

## LA CRISI

Il settore della distribuzione farmaceutica da anni lamenta crescenti difficoltà, vista l'alta mole di confezioni trasportate all'anno - 610 milioni - mentre aumentano costi dei carburanti e i paletti sui prezzi (amministrati) dei farmaci. Per questo il governo ha deciso, intanto, dal 2026 di potenziare la quota di spettanza su ogni singolo prodotto per questo pezzo della filiera - uno 0,65 per cento in più -, come detto da recuperare dagli incassi delle imprese. Le quali dovranno rinunciare a circa 50 milioni dei loro introiti. Altri 50 milioni arriveranno, sempre in manovra, ai distributori attraverso il versamento di 0,05 centesimi per ogni medicinale consegnato alle farmacie territoriali.

In Italia - ha rilevato l'Aifa - ci sono 3.876 farmaci introvabili o carenti sui 10mila totali in commercio. Nella prima parte dell'anno l'autorità ha già bloccato l'esportazione di 32 prodotti (antistaminici, anticoagulanti, salvavita per il trattamento di leucemia). In questa direzione, la grande industria ha ricordato al governo che i costi di produzione - tra

energia, materie prime e tassi d'interesse - sono aumentati del 50 per cento negli ultimi cinque anni. E, di conseguenza, anche i 50 milioni di euro presi dai loro ricavi, finiscono per erodere la marginalità su medicinali, come i generici o le terapie per il diabete.

In questo modo - si legge in una nota congiunta di Farmindustria ed Egualea - «si frena la crescita dell'industria in Italia». Intanto il payback mette in crisi anche le aziende che producono dispositivi medici. Nicola Barni, presidente di Confindustria Dispositivi Medici, dice che questo fardello «porterà alla fuga delle imprese dall'Italia», portando all'estero la loro produzione.

**F. Pac.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# “La salute sia per tutti o nessuno sarà al sicuro”

Le morti di parto. L'assistenza che non c'è. Le malattie che devastano interi paesi  
Don Dante Carraro ci spiega perché il destino degli africani riguarda tutti noi

di **Elvira Naselli**

Don Dante Carraro è tornato da poco dalla Sierra Leone, uno dei paesi - sono nove, insieme ad Angola, Costa d'Avorio, Etiopia, Mozambico, Repubblica Centrafricana, Sud Sudan, Tanzania e Uganda - dove opera il Cuamm Medici con l'Africa. Ha partecipato al festival di Salute nell'ambito di un pomeriggio dedicato a Onehealth. Ecco il suo punto di vista.

**Don Dante, al Festival di Salute abbiamo parlato di OneHealth, una salute che comprende uomini, piante e animali. Ma già la salute degli uomini non è uguale dappertutto...**

«Non lo è certamente, ma la salute di chi vive in Africa è legata a quella di chi vive in Europa o in Italia, gli agenti patogeni, virus o batteri che siano, non guardano colore della pelle o ricchezza e lo ha dimostrato Ebola, o Covid. I patogeni si muovono con le persone e basta meno di un giorno per arrivare in aereo dalla Cina all'Italia. Quando parliamo di salute dobbiamo avere in mente il pianeta intero, perché i virus passano da uomo a uomo ma anche da animale a uomo. E colpiscono tutti».

**Colpiscono tutti, ma alcuni più duramente in assenza di farmaci o strutture ospedaliere.**

«Nell'Africa sub-sahariana muoiono 280mila donne di parto per delle stupidaggini, perché sono lontane da un ospedale e non hanno una macchina o una motoretta per arrivarci, o perché ci

arrivano tardi per gestire il parto in sicurezza. Non si riesce a fare il cesareo perché non ci sono le sale operatorie, né gli strumenti e le competenze umane e si muore per un'emorragia post partum che si potrebbe risolvere con una trasfusione ma servono frigoriferi per conservare il sangue, reagenti per stabilire il gruppo, test per i virus. E generatori per i frigoriferi. In Sud Sudan c'è una ostetrica per diecimila partorienti. Quasi impossibile trovare un pediatra e impossibile trovare un neonatologo. Le morti al parto sono una priorità di salute, non solo per salvare le mamme ma perché non lascino orfani».

**Le criticità in Africa sono moltissime: si è mai scoraggiato?**

«Noi manteniamo la direzione dritta e andiamo avanti, tenacemente dal basso. Il nostro contributo alla salute globale è occuparci dell'ultimo miglio, che vuol dire mettere in atto interventi che possono sembrare minuscoli ma che riescono a cambiare la vita delle persone».

**Può farci un esempio?**

«Un progetto a cui tengo moltissimo è quello delle ambulanze e del numero di emergenza. Il 118 nel continente africano non esiste. In Mozambico siamo partiti da Beira, una città da mezzo milione di abitanti, con 5 ambulanze e un centralino, e abbiamo cominciato ad assistere i parti urgenti e i bambini con malaria grave. Poi il ministro della Salute ha visto che la cosa funzionava e ci ha chiesto di replicarla nella capitale e in un'altra città del Paese. È il clas-

sico progetto partito dal basso, modello bottom-up. Perché quando parti dall'alto, magari finanziando i ministeri di questi Paesi, il rischio che il denaro non venga utilizzato è molto forte. Il modello cooperativo che parte dal basso dà la possibilità di verificare che il progetto funzioni e non ci siano sprechi».

**Don Dante, voi avete accordi con università italiane per mandare medici in Africa: che tipo di esperienza è?**

«Una di quelle che cambia la vita, e che ti fa capire il senso di quello che hai studiato. Arrivano giovani medici, soprattutto pediatri e neonatologi, grazie a un accordo con 39 università, restano da 6 a 12 mesi. E tornano indietro con un bagaglio di energia».

**Lei vive tra Africa ed Europa: quali sono le criticità che vede da noi?**

«Una è strutturale: dobbiamo tenerci caro il nostro servizio sanitario, il rischio che vedo, se non si investe adeguatamente, è che ce lo perdiamo per strada. Poi medici e infermieri - che dovremmo imparare a ringraziare - devono essere pagati di più per la vita che fanno. E ricordare che il Servizio sanitario difende i più deboli ma non può finanziare tutto. L'altra cosa è quella che io chiamo passare dal lamento al rammento, imparare tutti quanti ad avere un atteggiamento più costruttivo, riconoscere la professionalità del medico, costruire con lui un'alleanza. Non ha senso che chiunque pensi di contestare chi ha competenza solo perché va su google».



## Tumori

**Lorusso**  
“Così salviamo  
le donne”**di Elisa Manacorda**

Cervice, endometrio - utero, insomma - e ovaio: sono le sedi dei più diffusi tumori ginecologici. In Italia sono poco meno di 230mila le donne colpite, con 18mila nuove diagnosi ogni anno. Tumori considerati quasi invincibili fino a ieri. E che oggi invece, grazie a una strategia articolata fatta di screening, diagnosi precoce, analisi genetica e nuovi farmaci, è diventato più facile tenere sotto controllo, aumentando la sopravvivenza delle pazienti se non addirittura portarle a guarigione. «Oggi possiamo salvare più donne rispetto a dieci o anche solo cinque anni fa», conferma Domenica Lorusso, docente di Ostetricia e Ginecologia alla Humanitas University e Direttore del Programma di Ginecologia Oncologica Humanitas San Pio X di Milano.

Questo successo è figlio di tante cose: di una maggiore aderenza agli screening oncologici (il pap-test e Hpv test per il tumore del collo dell'utero, per esempio) che consentono di individuare il tumore in fase iniziale, aumentando

l'efficacia delle terapie. «Tuttavia questo non è possibile nel tumore dell'ovaio - continua Lorusso - per il quale non esiste screening. Si tratta poi di un cancro subdolo, che nasconde bene i segni della sua presenza. Il risultato è che spesso la diagnosi arriva tardi».

Ecco allora il contributo dei test genetici. «Moltissimi tumori, non soltanto quelli ginecologici, presentano mutazioni genetiche che a volte sono ereditarie. Questo ci ha permesso di mettere in atto strategie di prevenzione e di cura più efficaci», continua Lorusso. Per esempio, oggi sappiamo che una donna su quattro con tumore ovarico ha la “mutazione Jolie” (dei geni Brca 1 e 2). Una informazione importante da tre punti di vista. In primo luogo, sapere di avere questa mutazione consente alla paziente di prevenire altri tumori, come quello al seno, ma anche al pancreas o alla pelle. Secondo: i familiari della donna con mutazione possono a loro volta fare dei test per capire se presentano lo stesso problema, e mettere in atto strategie di riduzione del rischio di ammalarsi. Infine, aggiunge Lorusso, i test genetici ci consentono di capire quali saranno le terapie più efficaci per quel tumore. «Oggi disponiamo

di farmaci mirati su quello specifico difetto genetico. Una rivoluzione che nel tumore dell'ovaio è rappresentata dai parp-inibitori, che prolungano i benefici della chemioterapia ritardando o impedendo il ritorno del tumore, e dunque aiutano a far vivere di più le nostre pazienti».

A salvare le donne c'è un'altra innovazione, nel caso dei tumori della cervice e dell'endometrio. È l'immunoterapia, che stimola il sistema immunitario a riconoscere e attaccare le cellule maligne. «Nel primo caso, se combinata alla radioterapia, aumentiamo la sopravvivenza nel 10 per cento delle pazienti. Nel caso di particolari forme di tumore dell'endometrio - conclude Lorusso - l'immunoterapia insieme alla chemioterapia può ridurre del 70% il rischio che il cancro si ripresenti».



25 ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Siti: sul morbillo le coperture vaccinali restano basse, si rischia un'epidemia come nel 2017

“Il valore delle vaccinazioni è ormai acclarato, sia dal punto di vista della salute, ma anche da quello economico, come investimento del Servizio sanitario nazionale. Purtroppo assistiamo a un abbassamento delle vaccinazioni per molte patologie e tra queste è importante ricordare il morbillo, una patologia estremamente contagiosa. L'abbassamento delle coperture ha portato ad un aumento notevole di casi: da circa 2 decine dello scorso anno a più di 800 casi di quest'anno. E' necessario non abbassare la guardia, perché il rischio di un'epidemia come quella del 2017 è purtroppo vicino”. E' allarme lanciato dalla presidente della Siti, la Società italiana di igiene, **Roberta Siliquini**, durante il 57esimo Congresso nazionale Siti a Palermo.



La Società italiana di igiene ha calcolato il valore economico e sociale della vaccinazione. “Analizzando una porzione del Calendario vaccinale - ha spiegato **Eugenio Di Brino**, ricercatore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) dell'Università Cattolica e co-founder & partner di Altems Advisory - abbiamo visto che, partendo dalle attuali stime sulla copertura nazionale, elevando queste coperture ai livelli minimi e ottimali, abbiamo stimato un beneficio in termini di gettito fiscale recuperato pari a 560 milioni di euro, un abbattimento fino a 2,9 miliardi di costi indiretti ed infine potremo recuperare circa 9 miliardi e mezzo di Pil. Lavorare congiuntamente per raggiungere livelli di copertura ottimali è una sfida importante per il nostro Paese, da realizzare congiuntamente tra istituzioni e cittadini e allocando le risorse necessarie per rendere tutto ciò possibile”. “In quest'ultimo anno - ha ricordato - abbiamo lavorato in modo congiunto con un focus group formato da istituzioni nazionali e regionali, oltre a società scientifiche tra cui la Siti, ed abbiamo monitorato quelli che sono gli studi di valutazione economica sulle vaccinazioni attualmente presenti in letteratura. Abbiamo così creato un nuovo framework di valutazione, che prendesse in considerazione qualcosa in più rispetto alle prospettive che solitamente ci ritroviamo in letteratura, ossia i costi diretti, indiretti ed il fiscal impact. Siamo andati a indagare qual è l'impatto delle mancate vaccinazioni sul valore della produzione persa direttamente collegata alla produzione di risorse e capitale (Pil) per il nostro Paese”.

Al Congresso Siti è stato discusso l'obiettivo di eliminare il cancro del collo dell'utero, per il quale servono coperture al 90% contro il papillomavirus, mentre in Italia siamo ancora al 70%. Per questo Siti ha lanciato l'appello a portare a 7% del fondo sanitario gli investimenti nella prevenzione. Oltre a quello di aumentare le vaccinazioni degli adolescenti contro l'Hpv, spiega **Daniel Fiacchini**, componente della giunta esecutiva della Siti, “abbiamo degli obiettivi importanti e ancora da raggiungere, quello della

eradicazione del morbillo, dato che ci sono ancora molti casi in Italia. L'obiettivo di eliminare la poliomielite che è ancora una minaccia globale" e di cui oggi ricorre la Giornata mondiale. Ma le disponibilità economiche non sono molte, come rilevato anche dal ministro della Salute **Orazio Schillaci**, intervenuto in collegamento: "Per salvaguardare la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale - ha detto - non possiamo più pensare in futuro di investire solo il 5% dei fondi nella Prevenzione. Dobbiamo aumentare questa percentuale".

Un impegno accolto con entusiasmo da **Roberta Siliquini**, presidente della Siti: "Ci auguriamo che il 5% attualmente destinato alla prevenzione diventi 7% il prossimo anno". Tra i temi emersi al congresso, la necessità di iter uniformi per l'introduzione dei nuovi vaccini nei calendari immunitari, e non più solo vaccinali. "L'aggiornamento delle offerte immunitarie dovrebbe, inoltre, - spiega **Carlo Signorelli**, ordinario d'Igiene presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano - essere periodica e tempestiva rispetto alle nuove evidenze scientifiche, coordinata tra Stato e Regioni. Recentemente, c'è stata un'importante novità che è venuta da una delibera, da un'intesa dello Stato-Regioni per la quale, a fronte di dati robusti, l'anticorpo monoclonale contro l'infezione da virus respiratorio sinciziale - conclude - sarà offerto per questa stagione invernale a tutti i nuovi nati di tutte le regioni italiane, risparmiando molti ricoveri".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

**25** ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Violenza di genere: per la seconda fase dello studio che cerca le “cicatrici” nel Dna serve l'aiuto delle donne

La violenza lascia 'cicatrici' sul Dna delle donne che la subiscono, e capire fino a che punto queste modifiche si estendano all'interno del genoma delle vittime, e quanto durano i loro effetti nel tempo potrebbe essere la chiave per mettere in atto una prevenzione 'di precisione'. A questo scopo è partita la fase multicentrica del progetto epi\_we (Epigenetics for Women), che chiede la collaborazione di tutte le donne, attraverso la semplice donazione di un campione biologico. L'iniziativa, insieme a un video realizzato per invitare le donne a partecipare, è stata presentata oggi nel corso di un convegno dal titolo 'Epigenomica della violenza sulle donne, studio multicentrico'.



“La violenza contro le donne è un problema di salute pubblica globale persistente che riguarda tutte le classi sociali e le etnie con una notevole influenza negativa sulla salute delle donne - afferma **Rocco Bellantone**, Presidente dell'Iss -. L'individuazione precoce, gli interventi adeguati e la cooperazione multidisciplinare sono fattori cruciali per contrastare la violenza di genere. La ricerca pubblica e la sanità pubblica svolgono un ruolo centrale nell'individuazione dei fattori di rischio e di protezione e nella comprensione del legame tra la violenza e gli effetti a lungo termine sulla salute delle donne. Questo lavoro transdisciplinare ha come obiettivo principale quello di proporre una serie di strategie innovative e/o d'interconnessione per garantire alla donna che ha subito violenza, un'assistenza di lungo periodo così da contrastare e limitare l'insorgenza di patologie croniche e non trasmissibili che potrebbero avere origine proprio dal trauma subito.“La Sanità Pubblica - aggiunge Bellantone - riveste un ruolo centrale nell'identificare i fattori di rischio e di protezione e nel rafforzare la ricerca. E l'Iss con le sue ricercatrici e i suoi ricercatori supporta programmi e azioni al fine di garantire a tutte le donne e a tutte le ragazze una vita senza violenza e senza le sue conseguenze sulla salute”.

“L'individuazione precoce, interventi adeguati e la cooperazione multidisciplinare sono fattori cruciali per porre fine alla violenza di genere - ha spiegato il direttore generale dell'Iss **Andrea Piccioli** in un messaggio -. L'aspetto più interessante a livello scientifico è il ruolo dell'epigenetica nel fornirci risposte importanti non solo per quel che riguarda i fattori di rischio e di protezione, ma anche per la ricerca del nesso causale tra la violenza subita dalle donne e gli effetti sul loro stato di salute, anche a lungo termine”.

### Lo studio

Lo studio pilota epi\_we pubblicato nel 2023 e di cui l'Iss è l'ente promotore in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano e la Fondazione Cà Granda dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, aveva già dimostrato che la violenza è in

grado di alterare a livello epigenetico i geni delle donne vittime di violenza, modificandone cioè non la struttura ma l'espressione. "Quei risultati preliminari, che erano stati ottenuti analizzando un pannello di 10 geni – spiega **Simona Gaudi** coordinatrice di epi\_we ricercatrice del Dipartimento Ambiente e Salute - sono stati il punto di partenza per lo sviluppo dello studio multicentrico, che prende il via grazie all'accordo di collaborazione tra il Ministero della salute-Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm) e l'Iss. L'azione Centrale del ministero permetterà di avere un numero maggiore di donne da arruolare nella ricerca, per riuscire a studiare il profilo epigenetico non di pochi geni, come è stato fino ad ora, ma dell'intero genoma. E di farlo con continuità, nel tempo avviando programmi di follow up: invitando le donne a donare nel corso del primo incontro dopo la violenza un campione biologico da analizzare, e anche a tornare a farlo ancora".

## **5 regioni e 7 unità coinvolte, e una scheda informatica**

La nuova fase prevede il coinvolgimento di 7 unità operative e di 5 regioni - Lazio, Lombardia, Campania, Puglia e Liguria. Grazie alla medicina territoriale e ai suoi ambulatori, pronto soccorsi, case antiviolenza, asl, le donne vittime di violenza relazionale o sessuale saranno informate sulla possibilità di donare un loro campione biologico e di tornare per valutare nel tempo la possibile variazione epigenomica attraverso la raccolta di più campioni, per intercettare in ognuna di loro il prima possibile gli eventuali danni di salute intervenendo a livello multidisciplinare e integrato per prevenirli.

L'obiettivo è quello di riuscire a coinvolgere il maggior numero possibile di donne con prelievi di sangue almeno per 18 mesi, per 4 prelievi in totale, uno ogni sei mesi. Al momento del prelievo, e nei richiami del follow-up, i campioni biologici saranno corredati con una serie di dati sul benessere psicofisico, con particolare riguardo alle patologie stress-correlate.

Per la raccolta di dati è stata sviluppata una scheda informatica ad hoc, che consiste di 4 domande di contesto, 5 domande per indagare il rischio di recidiva violenta, quindi un questionario di 18 domande per individuare un'eventuale sindrome da stress post traumatico.

"Quello che stiamo dimostrando a livello territoriale - riprende Gaudi - è che la violenza influisce sulla salute del genoma in un modo tale che i suoi effetti a volte si manifestano 10-20 anni dopo. Questo ci dicono i dati. Ma a noi vogliamo dare supporti molecolari a questi dati, in modo tale che analizzando tutto il profilo dell'epigenoma nel tempo saremo in grado di dire che quella donna potrebbe avere un maggiore suscettibilità a sviluppare un tumore all'ovaio o una malattia cardiovascolare o una patologia autoimmune".

## **Il video**

Il filmato che invita le donne a partecipare allo studio multicentrico è prodotto da Iss, e sarà presentato per la prima volta nel corso della Tavola rotonda del Convegno. In seguito, verrà diffuso nei contesti di arruolamento delle donne nello studio (asl, medici di famiglia...) ma anche nei punti di incontro del tessuto cittadino (librerie, supermercati...) per sensibilizzare tutte, non solo quelle che hanno subito violenza, a contribuire alla ricerca che limita i danni sul lungo periodo della piaga della violenza. Per maggiori informazioni e per partecipare allo studio è disponibile l'indirizzo mail [epi\\_we@iss.it](mailto:epi_we@iss.it).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Diabete: le parole sbagliate aumentano lo stress, un documento sull'uso della tecnologia in gravidanza

La comunicazione è un pilastro fondamentale nella gestione di condizioni come il diabete. Si tratta infatti di una condizione cronica che determina un profondo impatto nella vita delle persone. Un linguaggio chiaro, semplice e rispettoso, sia verbale che non verbale, può trasformare la relazione medico-paziente, favorendo l'educazione, la collaborazione e l'aderenza alla terapia. Al contrario, una comunicazione carente può creare barriere, generare incomprensioni e compromettere l'efficacia degli interventi terapeutici. È uno dei temi affrontati al 30mo Congresso Nazionale SID.



“Da tempo la SID ha adottato un linguaggio centrato sulla persona, (noto anche come ‘person-first’) per evitare di etichettare una persona come la sua condizione. E’ fondamentale coltivare una comunicazione che non attribuisca responsabilità (o colpa) verso la persona per lo sviluppo del suo diabete o del suo diabete conseguenze. Ecco perché questo argomento è stato portato al Congresso Nazionale” sottolinea **Angelo Avogaro**, presidente della SID.

“Pensiamo all’espressione ‘fallimento terapeutico’, che può generare nel paziente la sensazione di non essere riconosciuto negli sforzi effettuati per gestire la malattia fino alla rottura dell’alleanza terapeutica - afferma **Liliana Indelicato**, psicologa e coordinatrice del Gruppo di Lavoro Psicologia e Diabete della SID - . Nel position statement pubblicato nel 2022 viene sottolineato come aggettivi del tipo ‘cattivo controllo glicemico’ attribuiscono una responsabilità diretta al paziente mentre sappiamo che i valori HBA1C cambiano in risposta a molteplici fattori: ormonali, farmacologici, emotivi, legati all’alimentazione o all’attività fisica. Inoltre, il diabete ha un andamento progressivo che può necessitare nel tempo di cambiamenti di terapia”. Molti studi hanno sottolineato come il linguaggio contribuisca a formare attitudini e atteggiamenti ma anche stereotipi e stigma. Negli ambienti sanitari il personale deve aiutare la persona con diabete a sentirsi compresa e supportata. Un linguaggio ‘scorretto’ può influire sulla motivazione del paziente a curarsi adeguatamente o seguire un corretto stile di vita e somministrare l’insulina . Termini come cattivo, fallimento terapeutico, scarso controllo possono rafforzare il senso di incapacità e fallimento incidendo negativamente sulla self-efficacy che ha una relazione stretta sugli outcome di salute . Al contrario espressioni positive e inclusive, incentrate sulla persona sono in grado di incrementare la motivazione e l’engagement.

Nel Position Statement italiano realizzato in collaborazione con il Gruppo di Lavoro Psicologia e Diabete SID con il Gruppo di Lavoro Psicologia e Diabete di AMD sono state selezionate 20 espressioni identificate tramite articoli scientifici, esperienze dirette, focus group con persone con diabete: ‘dovrebbe/non dovrebbe’ portano ad una perdita di autonomia della persona, mentre riconoscere i punti di forza rimanda alla persona

una immagine positiva di sé diminuendo quello che viene chiamato ‘distress psicologico’. Si tratta di un disagio emotivo caratterizzato da ansia e preoccupazioni che porta a rabbia, frustrazione e burnout con conseguenze sui livelli di HbA1c.

Nel corso del Congresso si è parlato anche dell’uso della tecnologia in gravidanza. Tecnologie che si rendono ancora più indispensabili in gravidanza se pensiamo che 1 bambino su 2 nato da madre con diabete di tipo1 può presentare delle complicazioni. “Tra le più frequenti l’eccessiva crescita fetale (LGA, neonati più grandi per l’età gestazionale), il maggiore ricorso alla terapia intensiva neonatale e il parto pre-termine a causa dell’aumento dei livelli di glucosio materno” spiega **Veronica Resi**, Coordinatrice del Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza AMD-SID e creator della relazione del Congresso Nazionale sull’argomento.

Il Gruppo di Studio Diabete e Gravidanza si è reso disponibile per redigere un Documento sull’utilizzo della tecnologia in gravidanza, spaziando dai sistemi di monitoraggio della glicemia alle recenti acquisizioni di sistemi integrati con i microinfusori, che possa essere di supporto per i colleghi che si occupano di gravidanza complicata da diabete. Una guida all’utilizzo dei sistemi tecnologici avanzati fornendo una linea di consenso tra esperti supportata da evidenze scientifiche che aiuti a migliorare la programmazione e la gestione della gravidanza complicata da diabete pre-gestazionale e supporti la cura del diabete gestazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## OneHealth: il 73% dei pazienti non sa cosa sia, oltre l'80% dei sanitari non lo mette in pratica

Si fa presto a dire One Health. La verità è che invece pochi pazienti sanno cosa sia, solo 1 su 4, e ancora meno sono gli operatori sanitari che riescono a tradurla in azioni concrete durante la loro attività. Eppure, coloro che conoscono la One Health, un approccio strategico che interconnette la salute umana, animale e ambientale – la cosiddetta ‘salute unica’ – sono ben consapevoli del suo vantaggio più importante: il miglioramento degli standard di salute. E gli stessi ritengono che l’impiego della telemedicina, delle piattaforme digitali e la realizzazione di nuove strutture e presidi per servizi di prossimità, possono servire a creare un nuovo modello di assistenza territoriale in ottica One Health. Questi sono i risultati di un’indagine nazionale, promossa da MioDottore e condotta da Datanalysis, e presentata a Roma, che ha coinvolto un totale di 1700 persone (700 medici specialisti, 100 veterinari, 100 direttori generali e sanitari di aziende ospedaliere, 100 politici della sanità e 700 pazienti).

“L’approccio One Health promuove una visione integrata e olistica di salute umana, animale e ambientale, presentandosi come risposta alle sfide del nostro tempo e riconoscendo che la salute di ogni individuo è strettamente legata alla salute degli altri e dell’ecosistema in cui viviamo – spiega **Stefano Vella**, infettivologo e docente di salute globale all’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma –. Attraverso la comprensione delle complesse interazioni tra questi tre settori cruciali, l’approccio olistico che ne deriva mira principalmente a migliorare la salute collettiva, prevenire malattie e promuovere il benessere, assumendo un ruolo chiave anche nel più ampio quadro di obiettivi globali di sostenibilità”.

“La pervasività dell’approccio One Health nell’elaborazione delle attuali strategie di risposta alle nuove sfide sanitarie testimonia l’ormai universale riconoscimento dell’interconnessione tra salute umana, animale e ambiente – spiega **Ranieri Poli** del Dipartimento OneHealth al ministero della Salute –. Il Ministero della Salute, nel suo nuovo assetto organizzativo, si è dotato di un Dipartimento One Health, e il recente comunicato dei Ministri della Salute del G7 ha dedicato ampio spazio a questo tema e a quelli ad esso strettamente connessi, come l’antibiotico resistenza”.

Un primo passo, con molta strada da fare. I risultati dell’indagine mostrano da un lato che il 95% dei direttori generali e sanitari e l’80% dei politici hanno sentito parlare di One Health. Ma anche che lo stesso vale solo per circa la metà dei veterinari e dei medici specialisti. Inoltre, ci sono altri molteplici ostacoli: oltre alle scarse conoscenze sull’argomento e alle difficoltà insite di applicare questo approccio, secondo la maggioranza del campione analizzato, pesano anche la mancanza di una strategia



chiara e la carenza di finanziamenti. Mentre invece il 73% dei pazienti di One Health non ne sa proprio nulla.

Tuttavia, i professionisti del mondo della sanità hanno ben chiare quali siano i principali problemi che la strategia One Health dovrebbe affrontare: in primis la resistenza antimicrobica (20%) e i focolai di malattie altamente infettive (20%), poi l'inquinamento ambientale (circa 18%). E hanno un'idea ben più precisa su come si potrebbe realizzare un nuovo modello di assistenza territoriale in un'ottica One Health e indicano: l'impiego della telemedicina, la realizzazione di nuove strutture e presidi sanitari con maggiore accessibilità e disponibilità di servizi di prossimità ed anche un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione sul territorio, in linea con un approccio integrato. Inoltre, le piattaforme digitali sono viste come uno strumento utile per arrivare ai cittadini e per meglio rispondere alle loro esigenze.

“Il concetto di One Health rappresenta un cambiamento di paradigma necessario nella gestione della salute globale. In MioDottore – spiega il CEO, **Luca Puccioni** – crediamo fermamente che la tecnologia possa svolgere un ruolo cruciale in questo processo, consentendo una comunicazione fluida tra medici, pazienti e strutture sanitarie. Grazie alla tecnologia, infatti, è possibile non solo migliorare l'accesso alle informazioni sanitarie, ma anche promuovere una cultura della prevenzione e del benessere che abbraccia tutte le dimensioni della salute. La sinergia tra salute umana, animale e ambientale è la chiave per affrontare le sfide future e siamo convinti che investire nella digitalizzazione della salute possa trasformare il modo in cui gestiamo la prevenzione e la cura, rendendo le pratiche più efficienti e sostenibili”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Scompenso cardiaco, numeri in aumento ma l'inerzia terapeutica "zavorra" i progressi sulle cure

di Fabrizio Oliva \*

Lo scompenso cardiaco è una patologia cronica in forte aumento che colpisce oltre un milione di persone nel nostro Paese. Rappresenta a livello mondiale la principale causa di ospedalizzazione nelle persone di età superiore ai 65 anni e ha una mortalità ospedaliera stimata intorno al 3-5% che aumenta al 25% ad un anno per arrivare fino al 50% a 3 anni. Tra le varie cause di scompenso cardiaco la cardiopatia ischemica rappresenta la principale, seguita dalle malattie del muscolo cardiaco, inoltre si riconoscono principalmente due forme una a funzione ridotta ed un'altra a funzione preservata. Questa ultima fino a pochi anni fa era orfana di trattamenti efficaci nel ridurre la sua alta mortalità e il numero di ospedalizzazioni. Nel corso degli ultimi anni nell'ambito della terapia per l'insufficienza cardiaca si sono resi disponibili una serie di nuovi trattamenti farmacologici e non. Nel contesto del trial alcune di queste terapie hanno dimostrato di essere in grado di migliorare significativamente la prognosi dei pazienti ma nel mondo reale permangono difficoltà nella loro implementazione. Altri trattamenti risultano estremamente promettenti ma ancora di nicchia o con dati non consolidati.

Il 25 e il 26 ottobre si svolge a Milano la Convention Nazionale Centri Scompenso Cardiaco Anmco 2024, che si pone l'obiettivo di coinvolgere tutti coloro che si occupano d'insufficienza cardiaca sul territorio nazionale per focalizzare l'attenzione sulle innovazioni più rilevanti e sulle modalità più efficaci, sia cliniche che organizzative, per ottimizzare le cure di una sindrome con ancora forte impatto negativo in termini prognostici ed economici. Il rischio di sviluppare uno scompenso cardiaco negli ultimi decenni è aumentato in maniera esponenziale, anche a causa dell'allungamento della vita e nella popolazione anziana si stima che una persona su quattro manifesterà segni e sintomi di questa insidiosa sindrome. Nonostante i numeri dimostrino un aumento della epidemiologia ed un'alta mortalità, nuove linee di trattamento hanno permesso di aumentare significativamente la sopravvivenza dei pazienti con scompenso cardiaco. Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha prodotto nuovi studi, che hanno testato l'uso di nuove molecole che hanno dimostrato per la prima volta la loro efficacia nel modificare la storia naturale di questa insidiosa e particolare sindrome. In particolare, è stato più volte rilevato come l'efficacia del loro trattamento sia molto precoce modificando entro due settimane di trattamento gli outcome di sopravvivenza e di ospedalizzazione. Malgrado questa loro indiscussa efficacia non vengono utilizzate quanto si dovrebbero nella pratica clinica. Questo è riconducibile ad alcune barriere prescrittive, ma soprattutto allo strisciante e poco considerato problema dell'inerzia terapeutica. Lo



scompenso cardiaco è una patologia cronica, dobbiamo quindi pensare, oltre all'ottimizzazione della terapia, anche all'ottimizzazione organizzativa per l'inserimento dei pazienti in percorsi assistenziali innovativi attraverso una gestione integrata territoriale ed ospedaliera sulla base delle necessità del singolo paziente. Siamo in una condizione in cui possiamo garantire ai pazienti affetti da scompenso cardiaco un'assistenza in termini di terapia farmacologica e non farmacologica che può cambiare la traiettoria di malattia, garantendo migliore sopravvivenza, riduzione delle ospedalizzazioni e migliore qualità di vita. Tutto questo deve essere supportato da modelli di cura innovativi in cui il paziente possa essere preso in carico in modo multidisciplinare e personalizzato.

*\* Presidente Anmco e Direttore Cardiologia 1 dell'Ospedale Niguarda di Milano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

25 ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

## Prevenzione/ Riparte il “Truck Tour Banca del Cuore 2024-2025”

di Michele Gulizia \*

Dopo il grande successo delle scorse edizioni, il 25 ottobre riparte a grande richiesta la straordinaria Campagna nazionale di prevenzione cardiovascolare “Truck Tour Banca del Cuore 2024-2025”, promossa dalla Fondazione per il Tuo cuore dell’Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri. Nel corso dei prossimi 7 mesi, da ottobre ad aprile, il Jumbo Truck di Banca del Cuore, appositamente allestito, tornerà a fare tappa nel cuore di oltre 28 città italiane, per offrire a tutti i cittadini la possibilità di sottoporsi ad uno screening cardiologico completo e gratuito. Grazie al Progetto Banca del Cuore, da me ideato e coordinato per la Fondazione per il Tuo cuore, a tutti i cittadini che afferreranno al Truck verrà consegnata una BancomHeart personale, una card unica al mondo che permette l’accesso 24 ore su 24 al proprio elettrocardiogramma, ai valori della pressione arteriosa, alle patologie sofferte, alle terapie assunte, agli stili di vita praticati e a tutti gli esami cardiologici e di laboratorio eseguiti. Tutti i dati verranno custoditi in una “cassaforte” virtuale che consente, attraverso una password segreta conosciuta solo dall’utente, di connettersi dall’Italia e/o dall’estero alla “Banca del Cuore” per consultare o scaricare i propri dati clinici ogni volta che lo si desidera, o metterli a disposizione del proprio medico curante o a quello di un Pronto Soccorso in caso di emergenza sanitaria.

Il Jumbo Truck attraverserà l’Italia e sosterrà per tre giorni nelle più belle piazze nazionali per raggiungere il cuore dei cittadini direttamente a casa loro, ponendo così l’attenzione sulla prevenzione cardiovascolare, spesso considerata in modo ancora troppo superficiale, con l’obiettivo di ridurre le morti cardiache che restano ancora oggi la prima causa di morte nel nostro Paese. Le città coinvolte quest’anno saranno in ordine: Catania, Vittoria, Trapani, Catanzaro, Potenza, Milano, Matera, Bari, Andria, Salerno, Isernia, Chieti, Gubbio, Roma, Pavia, Trento, San Daniele del Friuli, Udine, Rovigo, Bologna, Pesaro, Siena, Pisa, Nuoro, Savona, Cuneo, Biella e Torino.

La Banca del Cuore è il più grande Progetto Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare in Italia, unico al mondo, che permette ai cittadini italiani di avvantaggiarsi di uno screening cardiovascolare completo, rapido e immediatamente condivisibile con il proprio medico curante o con altri specialisti in tutto il mondo, in tempo reale e con una copertura 24 ore su 24. Rappresenta un modo innovativo per conoscere il proprio stato di salute cardiovascolare e il miglior mezzo per prevenire concretamente l’insorgenza di un infarto al cuore, di una patologia cardiovascolare come l’ipertensione arteriosa, la fibrillazione atriale o lo scompenso cardiaco e permette, anche, la prevenzione e il controllo del diabete mellito. Inoltre, grazie alla Campagna di Prevenzione “Truck Tour Banca del Cuore”, ci consente dal 2017 di andare direttamente a casa degli italiani per



svolgere questo importante screening gratuito di prevenzione cardiovascolare, di portata finora mai realizzata nel nostro Paese. Fino a oggi grazie a questa diffusione capillare, sono state distribuite oltre 80.000 BancomHeart ad altrettanti cittadini italiani, permettendo di identificare un incredibile aumento di prevalenza di alcune malattie cardiovascolari, soprattutto fibrillazione atriale e scompenso cardiaco, accertando altresì molte forme asintomatiche e misconosciute di fibrillazione atriale in altrettanti i cittadini inconsapevoli, trovandone diversi a rischio di morte cardiaca improvvisa per anomalie cardiache a trasmissione genetico-ereditaria, riscontrate grazie all'esame elettrocardiografico. Le malattie cardiovascolari rappresentano uno dei più importanti problemi di salute pubblica, poiché rientrano tra le principali cause di morbosità e invalidità, oltre ad essere la prima causa di mortalità nel nostro Paese. Ma è però d'obbligo ricordare che sono in buona parte prevenibili, poiché accanto a fattori di rischio non modificabili (età, sesso e familiarità) vi sono anche fattori modificabili, legati a comportamenti e stili di vita (come fumo, alcol, scorretta alimentazione o sedentarietà) spesso a loro volta causa di diabete, obesità, ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa. Per tale ragione la prevenzione cardiovascolare è importantissima e va attuata il prima possibile.

*\* Responsabile del Settore Operativo Autonomo Banca del Cuore e Direttore della Cardiologia dell'ospedale Garibaldi-Nesima di Catania*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**UNA STORIA COMMOVENTE (E A LIETO FINE)**

# Intervento su entrambi gli occhi Il neonato salvato dalla cecità

Il piccolo, affetto da una malattia rarissima, ha 40 giorni ed era destinato a una vita "al buio" Scongiurata grazie all'intervento in 3D, primo del genere al mondo, alle Molinette di Torino

**LUCA PUCCINI**

■ Si potrebbe dire che abbia del miracolo, però è un'altra cosa. È scienza. È ricerca applicata. È quella medicina innovativa, a metà tra la sala operatoria e l'aula di informatica, che ci assolve da tutti i mali perché ci salva (letteralmente) la pelle: e sì, rende possibili interventi (mai successi prima, in nessun luogo del mondo) che fino all'altro ieri sembravano pura utopia. Un bimbo di appena quaranta giorni che rischia la cecità totale. Un gruppo di medici che non si dà per vinto. Un'operazione, delicatissima, eseguita attraverso la visualizzazione in 3d: e quel lieto fine che sembra un prodigio, sembra quasi magia, portento; invece è la caparbia della chirurgia che lo salva dal "buio" regalandogli la possibilità più colorata di tutte. Quella di vedere come tutti gli altri.

Torino. L'ospedale delle Molinette della Città della Salute. Reparto di Oculistica. Sorridono tutti, il giorno dopo. Sorride il professore Michele Reibaldi con il suo aiuto Matteo Scaramuzzi, loro hanno eseguito materialmente l'intervento; sorride il collega Roberto Balagna che dirige l'équipe di Anestesia e rianimazione assieme alla sua omologa (per il polo pediatrico infantile Regina Margherita) Simona Quaglia; ma soprattutto sorride lui, quel fagottino nato a metà settembre che non si sarà accorto di nulla e che, però, per lui davvero, è cambiata ogni cosa.

Aveva una cataratta congenita associata a una rarissima e grave patologia dalla parte posteriore dell'occhio, questo piccolissimo che in al-

tri tempi sarebbe (purtroppo) stato destinato a non vedere più nulla. In

poche parole lo sviluppo anatomico dei suoi occhietti era incompleto: un problema che lì per lì, subito dopo la sala parto, non si era manifestato, ma che in appena qualche giorno aveva cominciato a notarsi con un anomalo riflesso bianco in corrispondenza della pupilla (cioè quella che i dottori chiamano una "leucocoria").

Che cosa significasse, quel microscopico "lampo" che in Neonatologia non si sono fatti scappare, loro, i camici bianchi, lo sapevano benissimo. E per fortuna. Perché solo così (la medicina è avanguardia, certo, ma è anche tempismo: e se c'è una lesione che ci ha impartito il Covid è esattamente questa) sono stati in grado di intervenire. Non una passeggiata, semmai una corsa studiata ma contro il tempo: perché era tutto questione di dì, nei primi giorni di vita del bimbo non si poteva far nulla perché il paziente era troppo piccolo, non si poteva tuttavia nemmeno aspettare molto, oltre le sei o le sette settimane, perché allora l'opacità nei suoi occhi sarebbe stata totale e la cecità assoluta (e persino irreversibile: che vuol dire che un'operazione da adulto era fuori discussione).

È stato, quello di questo bambino per cui continuiamo a fare il tifo, il primo caso al mondo di "vitrectomia bilaterale associata alla chirurgia per la cataratta congenita su un neonato" (ché basterebbe questo ma c'è di più, perché il tutto è stato seguito con un sistema di visualizzazione in 3d - le mani sul bisturi e gli occhi a uno schermo - che permette a chi opera una percezione della profondità molto più accurata ri-

spetto ai tradizionali microscopi).

Ora, terminata con successo l'operazione, il piccolo sarà sottoposto a un rigoroso monitoraggio post-operatorio che dovrà valutare la risposta dei suoi occhi alla chirurgia in modo da garantirgli il recupero visivo migliore possibile nelle sue condizioni. «La tempestività dell'intervento e la competenza degli specialisti di tutti gli ospedali della Città della Salute», dice, adesso, l'assessore regionale alla Sanità piemontese Federico Riboldi (Fdi), «sono state determinanti per offrire a questo neonato una possibilità concreta di vedere la bellezza del mondo attorno a sé».

«Questo intervento rappresenta un esempio significativo dei progressi della chirurgia oculistica e di come l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche alla Città della Salute di Torino permettano di affrontare i casi più complessi, fino a poco tempo fa ritenuti non trattabili, come qui», aggiunge, invece, Giovanni La Valle che è il direttore generale della stessa struttura torinese: «I nostri professionisti, in un intervento senza precedenti, hanno dato nuove speranze di vista a un piccolo neonato».



## ASPETTANDO IL GIUBILEO

# Sos di Gualtieri per la sanità

*Bando del commissario straordinario  
per chiedere ai centri privati  
la disponibilità a curare i pellegrini  
L'allerta per i sette eventi maggiori  
Le strutture dovranno garantire  
le prestazioni per almeno 12 ore  
È corsa contro il tempo per terminare  
gli interventi finanziati con 155 milioni  
nei 34 ospedali di cui dieci nella Capitale*

••• Servono centri sanitari privati per garantire l'assistenza ai pellegrini durante gli eventi del Giubileo. Trenta giorni per rispondere al bando: richieste «flessibilità e affidabilità».

Sbraga a pagina 19

## ASPETTANDO IL GIUBILEO

Un mese di tempo per rispondere al bando pubblicato dalla struttura commissariale

# Sos del sindaco alla sanità privata per curare i pellegrini

*Si cercano centri interessati a lavorare durante gli eventi dell'Anno Santo*

### ANTONIO SBRAGA

••• È in cerca di «soccorsi» per l'Anno Santo il commissario straordinario per il Giubileo, Roberto Gualtieri. Una sorta di Sos alle strutture sanitarie private capoline, infatti, è stato lanciato dal sindaco, che ha diramato un avviso pubblico per una «manifestazione di disponibilità a offrire prestazioni sanitarie ai pellegrini, da erogarsi sul territorio del comune di Roma Capitale, senza alcun onere a carico dell'Amministrazione e del Ssr (Servizio sanitario

regionale, ndr), in occasione degli eventi giubilari di maggiore rilevanza che si svolgeranno durante il Giubileo della Chiesa cattolica 2025». E siccome c'è ormai una certa «urgenza di provvedere, stante l'imminente avvio dell'Anno Santo e delle celebrazioni», i destinatari avranno solo 30 giorni per formulare una risposta con le varie «disponibilità a offrire prestazioni sanitarie». L'avviso del sindaco-commissario è rivolto ai «centri clinici-diagnostici privati, autorizzati all'esercizio delle attività e per le pre-

stazioni non accreditate con il Ssr, in qualunque forma costituiti, consorzi, cooperative, enti, fondazioni, associazioni e istituzioni in genere, con sede a Roma». A loro il



Campidoglio chiede di «offrire la disponibilità a erogare prestazioni sanitarie ai pellegrini in occasione degli eventi maggiori». Che saranno almeno sette: quelli riservati a Malati e Sanità (in programma per il 5-6 aprile) e poi gli altri dedicati agli Adolescenti (25-27 aprile), Persone con disabilità (28-29 aprile), Lavoratori (1-4 maggio), Confraternite (16-18 maggio), Movimenti, Associazioni e Nuove Comunità (7-8 giugno) e ai Giovani (28 luglio-3 agosto). Le strutture sanitarie private «dovranno garantire l'erogazione delle prestazioni offerte per almeno 12 ore nelle giornate di svolgi-

mento degli eventi», ma anche nella due-giorni che precede e in quella che segue l'appuntamento giubilare. Impegni che diventeranno dunque settimanali per queste strutture private che offriranno supporto nell'assistenza ai pellegrini. Ma senza liste d'attesa o agende chiuse perché «l'amministrazione si riserva di non accettare proposte che siano ritenute incompatibili con l'attività istituzionale e che non garantiscano affidabilità, tempi di resa, flessibilità e sicurezza nelle prestazioni». Anche perché la lotta contro il tempo è già in atto nelle 34 strutture sanitarie pubbliche (di cui 10 nella Capitale), alle prese con i cronoprogrammi degli appalti giubilari per l'amplia-

mento, il potenziamento e l'adeguamento tecnologico finanziato con 155 milioni di euro (di cui 70 e mezzo a Roma) di fondi per l'Anno Santo. Al San Camillo, per esempio, il costo dell'intervento è di cinque milioni e la fine del cantiere per la sopraelevazione del corpo di fabbrica del padiglione Piastra, che ospita il Pronto soccorso pediatrico e la Chirurgia d'urgenza (per la realizzazione di una nuova area di degenza con 30 posti letto), «è prevista per aprile 2025». Dopo la chiusura del San Giacomo e del Nuovo Regina Margherita, «gli unici due Pronto soccorso del centro - ha avvertito lo scorso anno il vicepresidente dell'Ordine dei medici di Roma, Stefano De Lillo - sono

l'Isola Tiberina e il Santo Spirito». Anche in quest'ultimo ospedale si sta procedendo, con 5,5 milioni, alla «ristrutturazione del Pronto soccorso e del Blocco operatorio con potenziamento dell'offerta diagnostica del Dipartimento Emergenza Accettazione come la risonanza magnetica e l'elettrochemioterapia».

**San Pietro**  
Il Giubileo inizia  
il 24 dicembre  
con l'apertura  
della Porta Santa

**7**  
**Eventi giubilari**  
Quelli per cui è richiesta la disponibilità di strutture sanitarie private

*Pronto soccorso e reparti  
Corsa contro il tempo  
per terminare in 34 ospedali  
gli interventi finanziati  
dal governo con 155 milioni*

**70,5**  
**Milioni**  
I fondi del Giubileo stanziati per rinnovare ospedali romani

**5-6**  
**Aprile 2025**  
Le date dell'evento Malati e Sanità, il primo di quelli per cui serve il supporto dei privati



**25** ott  
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S  
24

## Tor Vergata, Schillaci paladino della legalità esige un Dpcm per l'Aou Policlinico

di *Ettore Jorio*

Una legge di bilancio per il 2025 costretta a fare i conti con il salvadanaio dello Stato, stando bene attenta anche agli spiccioli, e con i desiderata dall'Ue, al fine di raccogliere il suo consenso.

Ciò però che meraviglia nella lettura del progetto legislativo è la poca attenzione alle esigenze primarie rappresentate dal ministro alla Salute, Orazio Schillaci, per assicurare una sanità migliore alla Nazione nella sua interezza: promessi 3,7 miliardi, concessi 1,3; una stretta del turn over fissata al 75% a fronte di un pretesa assunzione di operatori sanitari secondo necessità.

Gli attori nella vicenda:

- un ministro del Mef, che di numeri sta dimostrando di capirne, che si è assunto il compito gravoso di descrivere alla Nazione un Paese inguaiato dal debito monstre (3 mila miliardi) e costretto a rispettare il Patto di stabilità e crescita;
- un ministro della Salute che di sanità se ne intende per essere stato buon Rettore dell'Università Tor Vergata.

Il primo condizionante il secondo nel dividere i pani utili a nutrire la spesa corrente che assicura i diritti sociali, così come la conduzione dei Comuni, ai quali azzera addirittura il Fondo degli investimenti, cui si rende impossibile attendere all'assistenza sociale.

### Un ministro più attento dei soliti su un tema fondamentale

La vicenda ha dimostrato un ministro Schillaci attento a sostenere le battaglie per una sanità migliore, sconfitto tuttavia nella guerra dei numeri di cui si compone il progetto di legge di bilancio. Un accaduto che dovrebbe spingere Orazio Schillaci a rilanciare la sanità attraverso una riforma strutturale, ben pensata e scritta meglio del solito, che imponga una revisione concettuale e organizzativa del Ssn. Una riforma che, partendo dai deficit di servizio e prestazionali bene evidenziati nel 6° Rapporto Gimbe, vada a sovrascrivere l'attuale secondo regole nuove, che tengano conto dell'imminente (si spera) ingresso a regime del federalismo fiscale, con la conseguente messa da parte della spesa storica e del criterio della quota capitaria ponderata.

A proposito di regole, il ministro della Salute sembra starvi molto attento, sia a riscriverle che ad applicarle come Iddio comanda, arrivando anche a rivedere soluzioni non affatto apprezzabili, cui si è ricorso per scrollarsi di dosso problemi "politici". Il riferimento simbolo è la vicenda della sedicente Azienda ospedaliera universitaria, oggi intestata a Renato Dulbecco, operante a Catanzaro e formatasi a seguito di una fusione per incorporazione dell'Ao catanzarese Pugliese Ciaccio anche essa vittima di macroscopici inadempimenti civilistici e fiscali, a tutt'oggi sprovvista del Dpcm funzionale a costituirla secundum legem (si vedano qui articoli del 9 e 25 gennaio 2023).



## **La prevenzione è il suo pallino**

Da ritenersi pregevole l'attenzione che il ministro pone alla prevenzione: all'assistenza sociosanitaria nei luoghi di vita e di lavoro. Il tutto esteso con particolare riferimento alla salute mentale. Una vecchia regola, strumentale a generare grandi risparmi da destinare altrove, lasciata sempre nei cassetti a morire soffocata dalla polvere dell'inerzia e dell'incosapevolezza che la Costituzione premia la tutela della salute, in quanto tale la conservazione del benessere psico-fisico. Di conseguenza, c'è da attendersi una rivendicazione nei confronti delle Regioni a che l'intervento sulla prevenzione in senso lato, a cominciare dalla assistenza veterinaria, sia sul podio delle priorità senza se e senza ma.

## **Un'anticipazione che assume un alto valore strategico sul tema della legalità**

Ebbene, questo ministro, forte dell'esperienza rettoriale e dell'attaccamento alla disciplina specifica che l'ordinamento pone per la costituzione delle aziende ospedaliere universitarie, sollecita la sua università, quella di Tor Vergata, a porre rimedio all'esistente Policlinico, costituendo con atto dell'11 ottobre scorso del Consiglio di amministrazione dell'Università, preceduto da una conforme decisione in tal senso del Senato accademico, l'«Aou Policlinico Tor Vergata». Lo fa sottoponendo la sua nascita, così come richiesto dalla legge disciplinante la materia, al rilascio dell'apposito Dpcm costitutivo, da cui dipenderà l'esistenza dell'anzidetta azienda ospedaliera universitaria. Più precisamente, a conclusione dell'anzidetto verbale viene infatti così rappresentato che: «nella seduta del 26 settembre 2024, il Consiglio di amministrazione ha approvato, subordinatamente al parere del Senato accademico ed alla previa intesa con la Regione Lazio, l'emanazione del Decreto rettorale di costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Tor Vergata" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2, comma 2, lett.a) e dell'art. 2, comma 8, del D. Lgs. n. 517 del 1999 - atto prodromico dell'iter di cui all'articolo 8 del decreto legislativo n. 517 del 1999 -, la cui efficacia è da intendersi condizionata all'autorizzazione a mezzo decreto del ministro dell'Università di concerto con il ministro della Salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni, nonché alla pubblicazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al sopra citato art. 8, da intendersi quest'ultima come momento di attivazione della Aou ai sensi del Protocollo d'Intesa».

Da tutto questo è facile desumere che il ministro della Salute ha finalmente deciso - a fronte del reiterato silenzio dei responsabili dello stesso dicastero dal 2001 ad oggi - di sanare uno dei più grandi inadempimenti rinvenibili nel campo dell'assistenza ospedaliera erogata dalle università, unitamente alla ricerca. Un gap evidente e notevole, incompreso da tutti i ministri della salute e dell'università post 1999. Tant'è che 29 Aou sulle 30 "esistenti" (l'unica a possederlo è l'Aou "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana" - Dpcm del 31 gennaio 2013) risultano a tutt'oggi sprovviste dell'ineludibile Dpcm funzionale a sancirne l'esistenza, costituendole sul piano giuridico-economico, attribuendo così loro anche una consistenza civilistica e fiscale.

Tutto ciò è presagio (lo spero) di una sanatoria ad ampio spettro, salvaguardando quanto più possibile gli atti compiuti dalle medesime aziende ospedaliere in assenza del necessario titolo di universitarie, minacciate da annullabilità, da attribuirsi esclusivamente attraverso il previsto Dpcm, controfirmato dai ministri dell'Università e della salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA