

16 gennaio 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

ARIS



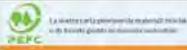
la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo



Giovedì 16 gennaio 2025

Oggi con U

Ann. 50 N° 21 - in Italia €1,70

ACCORDO SULLA TREGUA

Gaza, speranza di pace

Il piano Dal 19 cessate il fuoco per sei settimane, ritiro dell'Idf dalla Striscia e rilascio di 33 ostaggi

I protagonisti Il premier del Qatar Al Thani dà l'annuncio. Netanyahu: "Dettagli da definire". E Hamas esulta

La Casa Bianca Per Biden è il risultato di un lavoro fatto insieme a Trump. Che però sottolinea: "È tutto merito mio"



MOHAMMED SADEK/EPA/ANSA



ABIR SULTAJ/EPA/ANSA

Palestina

Dal buio delle macerie alla festa

di Rita Baroud

DEIR EL BALAH

I bambini sono stati i primi: sono saltati fuori e hanno iniziato a correre nei vicoli. Le loro risate hanno riempito l'aria di gioia.

• a pagina 3

Il fragile compromesso

di Maurizio Molinari

L'accordo su liberazione degli ostaggi israeliani e cessate il fuoco nella Striscia di Gaza è frutto delle forti pressioni esercitate da Donald Trump ma è appeso a un filo. Si tratta infatti di un compromesso

fragile perché tanto Israele che Hamas lo interpretano solo come una tappa verso un obiettivo strategico che permane: eliminare l'avversario.

• continua a pagina 31

dai nostri inviati Francesca Cafèri e Fabio Tonacci con servizi di Ciriaco, Di Feo e Mastrolilli • da pagina 2 a pagina 8

Israele

Un Paese con il fiato sospeso

di Rossella Tercatin

GERUSALEMME

L'aria che si respira non è quella di vittoria. A prevalere è la consapevolezza che le prossime settimane saranno difficili.

• a pagina 4

L'emergenza

Treni, esposto Fs per sabotaggio mentre Salvini scappa ancora

La riforma

Latino, Bibbia e storia d'Italia ecco la scuola nostalgica

di Annalisa Cuzzocrea con un servizio di Gianni • alle pagine 18 e 19

Ferrovie in tilt: chiodi e blackout, cavi tranciati e centraline elettriche danneggiate, rotaie rotte e scambi divelti. E ora Salvini parla di sabotaggio. Sono sei gli episodi, da ottobre a oggi, che hanno portato le Ferrovie dello Stato a presentare un esposto in cui si parla di «un disegno volto a colpire gli asset aziendali». La linea è stata concordata tra l'ad di Fs Donnarumma e il ministro delle infrastrutture Salvini.

di Ferrara, Fraschilla e Vitale • alle pagine 10 e 11

Domani in edicola



Sul Venerdì i miliardari senza fama

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 la difesa immunitaria.

RAFFREDDORE

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02/62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06/688281

FONDATA NEL 1876

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



Nerazzurri nervosi
Inter, solo un pari
Il Bologna resta un tabù
di Bocci, Condò e Tomaselli
a pagina 42



Capitale della cultura
Il caso Agrigento:
pattume e ritardi
di Gian Antonio Stella
a pagina 23



Difesa e politica

LE CATTIVE ABITUDINI IN EUROPA

di Angelo Panebianco

Quando le classi politiche giudicano irrisolvibile un problema lo nascondono sotto il tappeto. È convinzione generale che l'indebolimento relativo della potenza americana, i nuovi rapporti fra Stati Uniti e Europa, il quanto di sfida lanciato contro le società occidentali dalle potenze autoritarie, obblighino l'Europa ad occuparsi seraficamente della propria sicurezza. Il che richiede uno strappo, un salto di qualità. Non essendo più scontata la protezione americana l'Europa deve (dovrebbe) dotarsi di un sistema di difesa autonomo. Quanto meno deve (dovrebbe) dare vita nei prossimi anni alla «gamba europea» della Nato. Con poche eccezioni (una eccezione è l'ottimo editoriale di Maurizio Ferrera, Corriere del 12 gennaio), i più evitano di affrontare i nodi politici senza sciogliere i quali nessuna difesa europea può nascere o diventare operativa. È corretto discutere delle risorse finanziarie da investire nella difesa e su come reperirle. È ineccepibile l'auspicio che si affermi un maggiore coordinamento fra gli eserciti europei. È inattaccabile l'idea che occorra incentivare l'integrazione nel settore della produzione di armamenti nonché l'accantonamento e la razionalizzazione delle spese militari. Tutto giusto. Però resta inesa una domanda: è pensabile che possa nascere una difesa europea senza alcuni, cruciali cambiamenti politici? I problemi sotto il tappeto in materia di difesa europea sono due e, al momento, appaiono irrisolvibili. Ma se non li si affronta, quelle sulla difesa europea rischiano di restare discussioni inconcludenti.
continua a pagina 28

Dopo 467 giorni Da domenica il cessate il fuoco. Festeggiamenti a Gaza. Biden: uno dei negoziati più difficili in carriera

Hamas-Israele: è tregua

Si dei palestinesi all'intesa, Trump dà l'annuncio per primo: merito mio. I calcoli di Netanyahu

IL COMMENTO

Era l'ultima occasione per un patto

di Federico Rampini

Trump si prende il merito della tregua di Gaza. A cinque giorni dall'insediamento presenta l'accordo come un successo della sua politica estera. Biden e Blinken non arrivano a tanto. Però elogiano la cooperazione tra le due Amministrazioni Usa, entrante e uscente.
continua a pagina 5

QUANTI OSTAGGI SONO VIVI?

Il piano in tre fasi
Le liste dei rapiti, il ritiro dei soldati

di Giusi Fasano

a pagina 5

Politica Gasparri attacca, la Lega fa muro
Scontro nel centrodestra su Zaia e terzo mandato

di Marco Cremonesi e Cesare Zapperi

Caso Zaia e terzo mandato, scintille nel centrodestra.
alle pagine 8 e 9 Zambon

Sicurezza Intervista con Donzelli (Fdi)

«Noi vicini agli agenti, difendono i più deboli»

di Paola Di Caro

La presunzione di innocenza vale anche per le divise.
a pagina 10 Piccolillo



Frattini, Mazza, Privitera da pagina 2 a pagina 5

GIANNELLI

... E ZAIA TRANQUILLIZZA GIORGIA MELONI



Esposto dell'azienda. Lite tra Salvini e Renzi
Altri guasti, caos treni
Fs: possibili sabotaggi

di Ilaria Sacchettoni

Treni, un'altra giornata di caos, guasti e ritardi. E si infiamma lo scontro politico. Fs ha presentato un esposto adombrando «possibili sabotaggi e circostanze sospette» alla radice degli stop. E se Salvini getta la croce sulla sinistra per la passata cattiva gestione, Renzi gli dà del «buffone» e lo invita a dimettersi.
alle pagine 6 e 7 Ducci

IL FALCONIERE LICENZIATO

Lazio, si barrica l'uomo dell'aquila

Juan Bernabé, il falconiere della Lazio finito nella bufera, si è barricato nella sua stanza a Formello, sede biancoceleste, invocando il perdono dalla società.

a pagina 21
Arzilli, Bergonzini

IL CAFFÈ
di Massimo Gramellini

Dimentichiamo per un attimo l'inutilità pratica di questo dibattito, dal momento che in Italia qualunque riforma scolastica, umanistica o scientifica, conservatrice o progressista, è destinata a scontrarsi con le disfunzioni di un sistema soffocato dalla burocrazia e affidato alla buona volontà di insegnanti sottopagati. Ma di per sé non c'è nulla di male nel far studiare la Bibbia e la storia dell'Occidente fin dalle elementari, o nel reinscrivere un'ora facoltativa di latino alle medie, come annunciato dal ministro dell'Istruzione. Un albero non cresce senza le radici — le nostre sono Omero e la Bibbia — ed è importante saper distinguere Alessandro Magno da Carlomagno, altrimenti si sarà indotti a pensare che sia tutto un magnamagna. Quanto al latino, è come la biciclet-

Dio, Patria e Latino

te, che sembra una fatica inutile perché pedali e resti fermo, mentre in realtà ti stai facendo i muscoli con cui potrai scalare qualsiasi montagna.
Certo, il pacchetto Bibbia-Occidente-latino rivela un progetto ideologico. Il tentativo di opporsi a una scuola globalizzata che, in nome dell'inclusione, finisce per allevare degli apolidi privi di un'identità definita e di una memoria condivisa. Però bisogna intendersi: sapere chi sei è un bene, se ti aiuta a incontrare gli altri con meno paura. Non se diventa un'arma per contrapporsi o un pretesto per isolarti. Da che mondo è mondo, chiudersi peggiora le cose; è aprirsi che le migliora. Lo testimonia la storia dell'Occidente e lo scrivevano già Seneca e Marco Aurelio. In latino.

BADANTI? COLF?

GALLAS GROUP
GALLAS GROUP

Troviamo NOI la badante giusta per TE!



www.gallasgroup.it

MARILÙ OLIVA
LA BIBBIA
raccontata da
EVA, GIUDITTA,
MADDALENA
e le altre
in libreria e in edicola
CORRIERE DELLA SERA
SOLFERINO



L'ISTRUZIONE

Quell'idea di scuola di Valditarà tra Bibbia, storia italiana e latino

FORTE, NICOLETTI, OLIVA - PAGINE 18 E 19



LA SENTENZA DI MODENA

"Femminicidio comprensibile" Le donne e le parole come pietre

FABRIZIA GIULIANI - PAGINA 22

LASICUREZZA

Disarmati e con le telecamere la lezione dei "bobby" inglesi

CATERINA SOFFICI - PAGINA 23



LA STAMPA

GIOVEDÌ 16 GENNAIO 2025



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.15 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



GNN

DOPO 467 GIORNI ACCORDO TRA ISRAELE E HAMAS. LIBERI PRIMA GIOVANI E DONNE. TAJANI: SOLDATI ITALIANI NELLA STRISCIA

La Tregua

ALBERTO SIMONI, GRAZIA LONGO

Gli ostaggi liberati, vivi o morti

FABIANA MAGRI

Occhi in lacrime, cuori che scoppiano di gioia, ma la guardia resta alta. Lo scetticismo, in Israele, non si è dissolto, dopo mesi di negoziati senza frutti. - PAGINE 2-9

La gioia palestinese: torniamo a casa

FRANCESCA MANNOCCHI

Sono passate le otto di sera a Doha quando arriva la notizia dell'accordo sul cessate il fuoco, nel complesso Thamama che ospita 900 palestinesi. - PAGINE 6-7

I TRASPORTI

Il disastro dei treni le Fs denunciano "Sabotaggio interno" Salvini all'angolo

BARONI, DE ANGELIS, FAMÀ

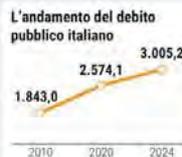


«Un complotto? Che ne so, se l'hanno fatto avranno motivi per farlo» taglia corto il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti interpellato a proposito dell'esposto depositato ieri da Ferrovie dello Stato sugli incidenti anomali avvenuti negli ultimi tempi. Matteo Salvini, nell'occhio del ciclone per la sequenza infinita dei disservizi, la prende invece molto sul serio. CON IL COMMENTO DI SORGI - PAGINE 14 E 15

L'ECONOMIA

Debito a 3mila miliardi ma non è l'apocalisse

MARIO DEAGLIO



Talvolta i simboli ingannano. L'ammontare e le variazioni del debito pubblico italiano rappresentano uno di questi simboli e la notizia di ieri che, a fine novembre, il debito aveva superato, per la prima volta, la soglia di 3000 miliardi di euro è stata accolta da molti italiani in maniera nettamente negativa: un altro passo verso l'Apocalisse. - PAGINA 23

L'ANALISI

Perché l'intesa è arrivata con otto mesi di ritardo

STEFANO STEFANINI

Non è pace. Forse lo diventerà. Per ora è solo una fragile tregua, dall'incerto futuro. Intanto bisogna accontentarsi perché il cessate il fuoco che inizia a Gaza domenica è una buona notizia. Per i palestinesi della Striscia, i 33 ostaggi israeliani che saranno restituiti alle loro case e famiglie. Ed è una buona notizia per la diplomazia. - PAGINA 3

LE IDEE

La guerra più crudele della nostra storia

Elena Loewenthal

Il medico di M5s "Inviatemi subito aiuti"

Nello Del Gatto

Bruck: "Netanyahu ora affronti i processi"

Flavia Amabile

Il mondo intero alla corte di Trump Donald Il spaventa solo gli europei

Il sondaggio: l'80% dei cittadini pensa che la sua vita peggiorerà

MARCO BRESOLIN

Il sentimento dei cittadini del Vecchio Continente è fotografato da un sondaggio dello European Council on Foreign Relations, secondo il quale gli europei sono i più preoccupati dal ritorno di Trump alla Casa Bianca. Molto più di quanto lo siano i cittadini di altre aree geografiche, decisamente più ottimisti sulle nuove prospettive. - PAGINE 10 E 11

L'ANALISI

Bruxelles e il peso delle scelte mancate

TOMMASO NANNICINI

I 12025 della geopolitica inizierà ufficialmente il 20 gennaio, con il giuramento di Donald Trump come 47esimo presidente degli Usa. - PAGINA 11

BUONGIORNO

Sconcezze a norma di legge

MATTIA FELTRI

Del molto di incomprensibile del disegno di legge sicurezza (sono anni che si succedono e si aggiungono decreti sicurezza, pacchetti sicurezza, ddl sicurezza, così che si perpetui l'insicurezza), la più incomprensibile è la norma che intende eliminare l'obbligo di rinvio della pena per le donne gravide o con figli di meno di un anno. Quando la legge sarà approvata, andranno in carcere anche loro, a meno che un magistrato non decida diversamente, e con stringenti motivazioni. Senza dissimulazione né ritorsioni, la norma è dichiarata anti rom, per l'abitudine che hanno di mandare le donne gravide o con figli piccoli a borseggiare sulle strade e sugli autobus e in metropolitana. Tanto, anche se le prendono, anche se le condannano, in carcere non ci vanno e, finita una gravidanza, gliene si

impone un'altra, di modo che il lasciapassare sia eterno. Dunque il colpo di genio, diciamo così: si prenderanno, si condanneranno e si metteranno in carcere, col nascituro o il neonato, affinché il trucco non serva più a nulla. Non so se avete intuito quali finezze del diritto abbiano illuminato il legislatore: siccome è sconio ingravidare le donne, sfruttare e sfruttarne i bambini piccoli o non ancora nati abusando di una norma di civiltà, si ricorre allo sconio di abolire la norma di civiltà e di chiudere dietro le sbarre donne e bambini (del resto, di soldi per le case famiglia, dove far scontare la pena, ma soprattutto ricoverare madri e figli e sottrarli alla schiavitù di mariti e padri, non ce ne sono). Lo sconio prima a casa e lo sconio poi dallo Stato: essere donne e bambini rom oggi in Italia. —

AGRI ZOO 2
PET SHOP
WWW.AGRIZOO2.IT

DENTAL FEEL
PROFESSIONISTI DEL BENESSERE DENTALE
IMPLANTOLOGIA E ORTODONZIA
ODONTOIATRIA GENERALE
WWW.DENTALFEEL.IT
Dr. San. Dent. Annapaola Farfanti



Giovedì 16 gennaio 2025 ANNO LVIII n° 13 1,50 € San Marcello I papa

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

La strada per la pace resta lunga UN GERMOGLIO CHE VA PROTETTO

RICCARDO REDAELLI

Una tregua firmata più per sfinitimento che per convinzione, ma quanto mai necessaria per permettere la liberazione di alcuni ostaggi e per dare un minimo di respiro alla martoriata popolazione palestinese. Senza tuttavia che vi siano grandi speranze sul fatto che da questo accordo temporaneo si avvii un vero processo di pace in Terra Santa. Dopo sedici mesi di un conflitto che ha fatto di Gaza una immane e vergognosa catastrofe umanitaria, le pressioni perché tanto il governo di ultra-destra israeliano, quanto ciò che rimane della dirigenza di Hamas accettassero l'ennesima bozza di accordo per una tregua si erano fatte sempre più pressanti. Il presidente Biden voleva lasciare la Casa Bianca con un successo da esibire, dopo che la sua amministrazione si era inutilmente spesa per far fermare i terribili bombardamenti israeliani e per far tornare a casa gli ostaggi rapiti il 7 ottobre di due anni fa. Ma anche il subentrante Donald Trump, pur se schierato totalmente con Israele, voleva che si fermassero le armi e per un duplice motivo: da un lato, non vuole rimanere invischiato in un conflitto fin dall'inizio del suo mandato, dopo aver sbandierato che avrebbe risolto le guerre in corso "in 24 ore". Dall'altro lato, non vuole neppure vedere la sua firma su un accordo con Hamas, osteggiato dalla destra estrema di Israele a cui lui sembra legatissimo. Di una tregua hanno bisogno anche i Paesi arabi moderati - e in particolare le monarchie arabe del Golfo - vicini a Israele ma con le proprie opinioni pubbliche sempre più indignate dai massacri indiscriminati di civili perpetrati dalle forze armate israeliane.

continua a pagina 14

Editoriale

Cuba (come Haiti) ultima tra le priorità CONDANNATE AI TITOLI DI CODA

LUCA CAPUZZI

Millequattrocentosessantiquattro giorni. Tanto è il reinserimento di Cuba nella lista Usa dei Paesi che sostengono il terrorismo e la sua rimozione, martedì. Ovvero quattro anni e quattro giorni di solitudine, in cui l'isola è scomparsa dall'agenda delle priorità statunitensi. Per una curiosa simmetria cronologica i provvedimenti sono arrivati alla fine del mandato dei rispettivi presidenti che li hanno ordinati. Donald Trump l'ha annunciato nove giorni prima di lasciare la Casa Bianca. Joe Biden a sei giorni dall'uscita di scena. Né per il repubblicano né per il democratico - al di là delle vistose differenze di stili e di programmi -, l'isola che non c'è è stata un dossier cruciale. Né la demolizione da parte del tycoon della "normalizzazione" faticosamente raggiunta da Barack Obama e Raúl Castro grazie alla delicata mediazione di papa Francesco, né l'inerzia dell'attuale amministrazione hanno offerto una visione strategica nei confronti del Paese e del resto dell'America Latina. Neppure i proclami muscolari del leader eletto di riprendere il controllo del Canale di Panama o di cambiare il nome al Golfo del Messico sembrano andati a vantaggio dell'azione di vincere le reticenze delle nazioni interessate a collaborare al piano di maxi-deportazione. Come più volte capitato dalla Rivoluzione del 1959, Cuba torna a essere la metafora della storia di incomprensioni tra le due metà del Continente. "Disseguamento" si dice in castigliano. Parola intraducibile in italiano. "Dis-incontro", nel senso di mancato incontro.

continua a pagina 14

IL FATTO Ieri sera l'annuncio di Biden e dell'emiro al-Thani anticipato di due ore da Trump. Zuppi: «Speriamo sia solo il primo passo»

Finalmente è tregua

Dopo 467 giorni di guerra a Gaza, accordo per liberare 33 ostaggi israeliani e 1.650 prigionieri palestinesi



I festeggiamenti dei Palestinesi nella Striscia / Ansa

A meno di cinque giorni dal giuramento di Donald Trump come 47esimo presidente degli Stati Uniti, è stato lui stesso a dare l'annuncio su Truth: «Abbiamo un accordo per gli ostaggi in Medio Oriente». Un paio di ore dopo è arrivata da Doha la dichiarazione del premier al-Thani, che ha ospitato le fasi conclusive del negoziato fra Israele e Hamas: «Gli sforzi di Qatar, Egitto e Usa sono riusciti ad assicurare l'accordo per il cessate il fuoco a Gaza». La tregua entrerà in vigore domenica, con il primo rilascio di ostaggi. Giubilo nella Striscia.

Primopiano alle pagine 2 e 3

LA DIPLOMAZIA Sul piano Usa vecchio di mesi la spinta del tycoon

Scavo a pagina 2



Manifestazioni per le vie di Tel Aviv / Ansa

I nostri temi

WELFARE Per gli anziani è il tempo della coabitazione

VINCENZO PAGLIA

Mentre ci avviamo all'implementazione delle prime "sperimentazioni" della Legge 33/2023 sull'assistenza agli anziani, è bene che le riflessioni si amplino per comprendere l'importanza che di una nuova cultura sul tema: importante rilettura sul tema drammatico della solitudine, una vera e propria emergenza.

Riccardi a pagina 7

GEOPOLITICA Anche Davos chiede al mondo di fare la pace

PAOLO M. ALFIERI A pagina 13

TRASPORTI

Treni, ancora caos: Salvini evita la Camera Esposto di Fs

Ancora una giornata nera per i trasporti ferroviari. Matteo Salvini diserta il question time alla Camera ma si dice pronto a riferire in Parlamento. Mentre il Gruppo Fs presenta un esposto: «Troppi episodi anomali». Opposizioni all'attacco.

Marcelli a pagina 9

ISTRUZIONE Spazio al latino, alla musica e alla letteratura. Nello studio della storia privilegiata l'Italia e l'Occidente

Scuola, nel futuro più passato

Valditara anticipa le nuove linee per elementari e medie: recuperiamo il gusto di leggere

PAOLO FERRARIO

Entreranno in vigore nell'anno scolastico 2026-2027, le Indicazioni nazionali contenute nel documento predisposto dalla commissione istituita al Ministero dell'Istruzione. Entro marzo sarà avviato il confronto con le associazioni degli stu-

denti e dei genitori e i sindacati. Che plaudono alla novità, mentre gli alunni sono scettici. Anche il mondo della pratica si divide tra sostenitori e detrattori, che paventano il rischio di un ritorno alla scuola di un tempo. Luci e ombre anche tra gli addetti ai lavori. Mail il ministro rassicura: «La revisione guarda al futuro dei ragazzi».

Bellasgipa a pagina 5

DDL SICUREZZA

In Senato cresce l'ipotesi terza lettura Nordio "dribbla" lo scudo agli agenti

Spagnolo a pagina 8

EVITA

Rinuncia alle cure il diritto razionato

Viana a pagina 15



ECOGIUSTIZIA

Taranto, l'allarme: «Bonifiche a rilento»

Luzzi a pagina 11



POPOTUS

Generazione Beta iper tecnologica

Dodici pagine tabloid

AGORA

Quando viene la felicità

Adrien Candiant

Il tempo dello Spirito

Nel Salmi troviamo alcune beatitudini che, secoli dopo, non paiono essere invecchiate troppo bene. Ce ne sono diverse che elogiano la felicità dei fedeli che vivono nel Tempio di Gerusalemme, come fa il Salmo 84: «Beato chi abita nella tua casa; senza fine canta le tue lodi». Ci ralleghiamo per gli interessati, ma abbiamo qui una beatitudine che non potremmo applicare a noi stessi, noi che viviamo duemila anni dopo la distruzione del Tempio di Gerusalemme per mano delle truppe di Tito. E una via di felicità forse molto utile, ma che ci appare definitivamente chiusa. Eppure, il giorno di Pentecoste, i

discepoli di Gesù hanno fatto un'esperienza sorprendente, sconvolgente: hanno ricevuto lo Spirito di Dio, venuto ad abitare in loro. Mentre il Tempio doveva la sua ineguagliabile santità al fatto di essere il solo luogo sulla Terra in cui Dio aveva stabilito la sua dimora, adesso è il corpo di ogni credente a diventare a sua volta il Tempio dello Spirito Santo, uno spazio sacro quanto lo è il Santo dei Santi del Tempio di Gerusalemme! Il Salmo non ci dice forse che saremmo più felici abitando questo corpo, accogliendo la nostra carne troppo spesso assente dalla nostra vita spirituale, e facendo della nostra vita più concreta il luogo della nostra preghiera e della nostra lode?

AGORA

INTERVISTA

Zani: «La Biblioteca Apostolica Vaticana è cultura e diplomazia»

Belltrami a pagina 18

LA GIORNATA

In dialetto si può fare anche teologia E al Nord è ancora vivo

Falvi e Tomatis a pagina 19

IL PERSONAGGIO

Dino Meneghin: «Vi racconto la mia vita sotto canestro»

Giuliano a pagina 21

In edicola con Avvenire a 4 euro GIUBILEO, IL VOLTO DELLA SPERANZA Cordini / Rovati / Roncelli / Verdon LUOGHI INFINITI

È VITA

Rinuncia alle cure il diritto razionato

Viana a pagina 15



IL TEMA

Rinuncia alle cure, il diritto razionato

PAOLO VIANA

Di povertà sanitaria è tornato a parlare il Capo dello Stato nel discorso di fine anno, ricordando che le liste d'attesa del Servizio sanitario nazionale sono talmente lunghe che molti rinunciano a curarsi, anche perché si ritrovano senza alternative: non possono ricorrere neanche al privato, per mancanza di mezzi. Un fenomeno già indagato dall'Istat e dal Censis, sul quale la Chiesa italiana ha fatto sentire tutta la sua profonda preoccupazione con la voce di don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute, intervistato una settimana fa su questa stessa pagina (tinyurl.com/y69znsz8). Il tema è diventato di scottante attualità con la riforma dell'autonomia differenziata, che inciderà pesantemente sulla gestione della spesa sanitaria. Ne è convinta anche Ketty Vaccaro, responsabile Ricerca biomedica e Salute del Censis: «L'Istat - ci spiega - stima in 4,5 milioni (il 7,6% della popolazione) gli italiani che nel 2023 hanno rinunciato a prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno (visite specialistiche, escluse le visite dentistiche, o esami diagnostici), per problemi economici (4,2%) o legati alle difficoltà di accesso al servizio, incluse le lunghe liste di attesa (il 4,5%)». In una indagine dello scorso anno il Censis ha rilevato che ogni 100 tentativi di prenotare prestazioni nel Servizio sanitario il 34,9% si è concluso con la decisione di rivolgersi alla sanità a pagamento, cioè in intramoenia o nel privato puro. In altre parole, in un caso su tre il costo della prestazione sanitaria è stato a totale carico dei cittadini. Aggiungiamoci che il 36,9% degli italiani ha dichiarato di aver dovuto tagliare "altre spese" per finanziare le proprie spese sanitarie; questa quota diventa il 50,4% delle persone con reddito basso, il 40,5% con reddito medio-basso, il 27,7% con reddito medio-alto e il 22,6% con reddito alto. Sugli ostacoli alla fruizione di alcune prestazioni del Sistema sanitario ha esercitato un ef-

fetto anche la pandemia. Per l'Istat le persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni necessarie durante la pandemia sono raddoppiate (dal 6,3% nel 2019 all'11,1% nel 2021), ma nel 2022 la quota si è attestata al 7% per arrivare al 7,6% nel 2023. Secondo Vaccaro, la difficoltà di accesso alle cure rimane soprattutto economica (anche per l'Istat: rispetto al 2022 aumenta di 0,7 punti la quota di chi rinuncia a causa delle liste di attesa e di 1,3 quella di chi lo fa per motivi economici) ma i fenomeni sono collegati. «Il rischio è quello di una sanità per censo in cui chi ha maggiori disponibilità economiche può bypassare le liste d'attesa accedendo alla sanità a pagamento, mentre chi ha più difficoltà economiche deve attendere o finisce per rinunciare alle prestazioni specialistiche o diagnostiche di cui ha bisogno» dichiara la ricercatrice.

Cosa fa la politica per dare soluzioni? I tentativi di intervenire sulla riduzione delle liste d'attesa sono precedenti alla pandemia: ad esempio, il Piano nazionale delle Liste d'attesa 2019-2021 (ministra della salute Giulia Grillo) approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel febbraio del 2019, prevedeva misure richiamate anche nel decreto legge 73 del giugno scorso. Soluzioni zero, ma un bel risparmio per lo Stato. «In fondo le liste d'attesa rappresentano una forma di razionamento non



palese che impone ai cittadini di mettere mano al portafoglio per accedere alle cure, come dimostra a livello più generale anche l'andamento della spesa sanitaria negli ultimi anni» commenta Vaccaro, ricordando che la spesa sanitaria privata è aumentata nel decennio 2013-2023 del 20,2% in termini reali, mentre quella pubblica del 5,2%. E segnala che la spesa sanitaria privata delle famiglie nel 2023 (44.342 miliardi di euro) rappresentava il 25,2% del totale della spesa sanitaria (rispetto al 23,3% del 2013). «Si tratta di un percorso di lungo periodo che ha vincolato il Servizio sanitario con un approccio ragionieristico, già a partire dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, imponendo tagli e modelli operativi con vincoli di budget che hanno finito per far prevalere le ragioni economiche sulla tutela della salute e imposto, più o meno sottracciata, una forma di privatizzazione del rischio sanitario» dichiara.

Oltre a questi fattori vi è la difformità nella presenza e nel funzionamento dei servizi nelle diverse Regioni, che introduce un altro elemento di disuguaglianza e di iniquità. Durante il Covid una rete di servizi territoriali roduta e funzionante ha garantito, nelle zone in cui era presente, una maggiore capacità di monitoraggio e cura a domicilio dei pazienti contagiati. Non è un caso che il Pnrr si sia concentrato sugli investimenti per lo sviluppo di una sanità territoriale, ma le differenze permangono, e secondo Vaccaro la riforma dell'autonomia differenziata potrebbe incidere sulla capacità di riduzione dei gap tra le Regioni proprio sul fronte più debole della medicina del territorio: «Le disparità sono ancora molto

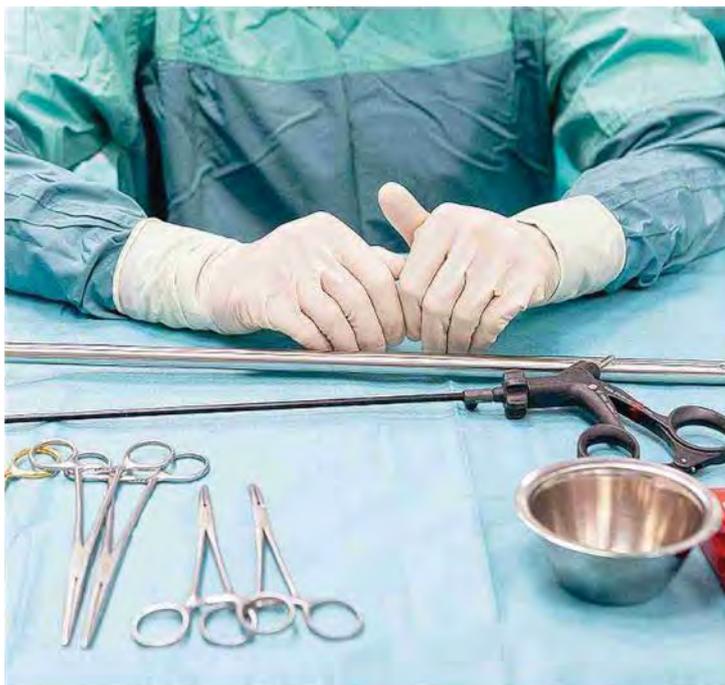
ampie – spiega –, come mostrano i dati Agenas relativi al monitoraggio Lea (Livelli essenziali di assistenza) e alla graduatoria delle performance delle Aziende sanitarie, con il solito gradiente Nord-Sud che si sovrappone a differenze anche nelle stesse Regioni. Ad esempio, per il 2022 le Regioni che registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree considerate nel monitoraggio dei Lea attraverso il nuovo Sistema di garanzia (Area prevenzione, distrettuale e ospedaliera) sono Piemonte, Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia e Basilicata. La Valle d'Aosta, presenta un punteggio inferiore alla soglia in tutte e tre le macro-aree, mentre le Regioni Calabria, Sicilia e Sardegna registrano un punteggio sotto soglia nell'area della prevenzione e nell'area distrettuale. La Provincia autonoma di Bolzano, l'Abruzzo e il Molise hanno valori sotto soglia per l'area della prevenzione e la Regione Campania nell'area distrettuale. Al di là degli indicatori ufficiali, una valutazione indiretta della diversità delle performance sanitarie regionali si ritrova nei giudizi dei cittadini, con una differenza rilevante tra il 58,8% di chi si dichiara soddisfatto della sanità della propria regione tra i residenti nel Nord-Est e un ampiamente minoritario 29,2% di chi vive tra Sud e Isole».

La gravità della situazione è confermata dalla penalizzazione cui vanno incontro le persone con maggiori bisogni sanitari e problemi di cronicità, che più

avrebbero bisogno di accedere a prestazioni sanitarie e per tempi lunghi – come i controlli periodici – che non riescono a permettersi. «Il rischio che stiamo correndo è una privatizzazione non palese, con un allontanamento progressivo dai principi universalistici della sanità pubblica che sta aprendo la strada a una sanità moltiplicatrice di disuguaglianze sociali e anche territoriali, ma anche a una percezione di maggiore insicurezza collettiva. E di questo progressivo viraggio gli italiani sono preoccupati, come emerge dall'elevata quota (84,2%) rilevata dal Censis di italiani convinti che i benestanti possono curarsi prima e meglio dei meno abbienti» osserva Vaccaro. Che considera prioritario, per uscire dell'empasse, «un vero investimento su quello che è un asset fondamentale del Paese, puntando sulle risorse umane e razionalizzando e innovando la struttura dei servizi, tenendo conto dell'impatto della cronicità e impegnandosi veramente nelle strategie di prevenzione per affrontare le problematiche future e riaffermare con forza il valore e l'importanza del nostro Sistema sanitario nazionale».

Tra liste d'attesa e difficoltà economiche, la sanità seleziona l'accesso per censo. L'analisi del Censis sulle cifre di una piaga

Dopo l'allarme del Capo dello Stato, condiviso dalla Chiesa italiana, la crescente "povertà sanitaria" emerge nella diagnosi di Ketty Vaccaro, studiosa dei servizi sanitari. Il rischio di un abbandono delle cronicità



Sopra, Ketty Vaccaro, responsabile Ricerca biomedica e Salute del Censis, tra le più autorevoli studiose della sanità italiana



L'analisi

SENZA DIMORA MAI SENZA SALUTE



Come sempre in questo periodo invernale, ci vengono proposte immagini di senza tetto riparati in cartoni sotto i portici delle città. Vengono anche fortunatamente illustrate iniziative caritatevoli, distribuzione di coperte e viveri, pranzi nei giorni di festa presso istituzioni religiose e laiche. Ci commuovono, e spesso sappiamo di essere impotenti di fronte a una soluzione radicale e definitiva. Una buona notizia ha riguardato di recente almeno il diritto alla salute dei senza tetto. Il 6 novembre è stata infatti approvata la legge, proposta dal deputato Furfaro, n. 176/2024 su "Disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora". Da tre legislature veniva riproposta da Antonio Mulo, presidente della Associazione "Avvocato di strada", ma cadeva con la conclusione delle legislature. Finalmente si è superata una lacuna della legge 833, che garantiva il medico di base solo a chi avesse una residenza. Purtroppo quando una persona senza dimora finisce in strada scompare dall'anagrafe, perde molti diritti tra cui quello alla salute, e molti Comuni sono restii a concedere una residenza fittizia, anche se è prevista dalla normativa. Non è solo riconoscere un diritto umano, ma anche interesse di tutti. Sia chiaro che giova alla collettività questa norma, che non è una scelta buonista: curare le persone che vivono in strada è anche attività di prevenzione pubbli-

ca. La legge per ora si applica in forma sperimentale solo nelle città metropolitane, per cui serve ancora impegno per sollecitare le Regioni a legiferare, in quanto si tratta di materia sanitaria e quindi di loro competenza primaria.

Questa buona notizia si aggiunge all'altra, anch'essa già illustrata da "Avvenire", ma che potrebbe rimanere solo sulla carta. È noto che il 6 dicembre con la sentenza n. 195 la Corte costituzionale ha decretato che per lo Stato è un obbligo applicare l'articolo 32 della Costituzione perché si tratta di garantire il diritto fondamentale alla tutela della salute. Secondo la Corte, il finanziamento del Sistema sanitario è prioritario anche a scapito di altri stanziamenti del bilancio statale. Nonostante il richiamo alle scarse risorse che costringono a contenere la spesa pubblica, la Corte sollecita i legislatori a evitare tagli lineari alla sanità. La Consulta ha richiamato, a proposito di autonomia differenziata, la necessità di garantire il coinvolgimento della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica per la parte dei contributi che devono essere versati dalle Regioni. Queste ultime hanno competenza primaria in materia di sanità, e tuttavia - secondo la sentenza - lo Stato potrebbe addirittura tagliare risorse tra quelle da trasferire alle Regioni che non rivestono il medesimo carattere di necessità riguardo «le primarie esigenze della persona umana», in quanto il diritto alla tutela della salute non può essere sacrificato. Anzi, «il decisore poli-

tico ha la disponibilità di utilizzare risorse per altri impegni che non rivestono la medesima priorità». Il nostro Sistema sanitario è nato come servizio universale, per cittadini italiani e per tutte le persone che si trovano in Italia. Per i ricchi e per i poveri, perché dovrebbe essere finanziato dalla fiscalità generale e quindi le differenze sociali si dovrebbero equilibrare, perché chi ha disponibilità contribuisce di più. Leguaglianza nell'accesso alle cure riveste anche un significativo valore etico, perché per tutti deve essere garantita la stessa qualità, per i ricchi e anche per i poveri. Più chiaro di così... Ma come, e a quando, le pratiche attuazioni di queste norme?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MARIAPIA GARAVAGLIA



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

SALUTE, UN BENE COMUNE SU CUI INVESTIRE

di **Franco Marchetti***

Caro direttore, grazie per l'attenzione che il Corriere dedica a un problema fondamentale, la deriva del servizio sanitario nel nostro Paese.

Ho letto con estremo interesse l'articolo del professor Harari, ricco di proposte, di ipotesi, di soluzioni per recuperare un bene che si sta via via sgretolando. Tutte idee assolutamente condivisibili cui penso debba aggiungersene un'altra fondamentale: trovare il coraggio di ammettere che nel 2001, con la riforma del titolo V, si è iniziato a percorrere una strada che ci sta portando alla rovina. Giorno dopo giorno in questi ultimi anni abbiamo assistito a un progressivo indebolimento del servizio sanitario, sicuramente complici i tagli di spesa, il blocco del turnover del personale sanitario, la scarsa attrattività economica dei ruoli per medici e infermieri, cui la parcellizzazione in tanti servizi regionali ha senza dubbio pesantemente contribuito.

Avere tanti servizi sanitari diversi nelle diverse regioni, incapaci di comunicare fra loro (il medico di un paziente lombardo che acceda per esempio a un pronto soccorso in Emilia-Romagna non riceverà mai informazioni per via telematica), in cui si seguono regole diverse, a mio parere crea solo disagi, maggiori spese, inutili sprechi. Probabilmente non è un caso che *Lancet*, in assoluto una delle più prestigiose riviste di medicina al mondo, in un suo recentissimo editoriale dedica-

to al disfacimento del servizio sanitario italiano abbia puntato il dito proprio su questo aspetto, confermando con esempi pratici gli sprechi che tutto ciò comporta. Intuitivi sono per esempio quelli dovuti alla ripetizione di costosi accertamenti che spesso, proprio per queste ragioni, i medici si trovano costretti a eseguire in un paziente che, provenendo da una regione si rechi a eseguire una procedura o un intervento in un'altra, fenomeno estremamente comune nella realtà italiana. Ed ecco che la mancata comunicazione fra i differenti sistemi regionali si traduce in un inutile perdita di denaro e in un'altrettanta inutile e potenzialmente pericolosa perdita di tempo.

E ancora, a seconda della regione in cui un cittadino vive, può avere più o meno facilità o opportunità di accedere a una determinata prestazione tramite il servizio sanitario con tempi più o meno lunghi, una situazione di profonda iniquità di cui sono vittime, in primo luogo, le fasce più fragili, proprio quelle che più necessiterebbero del supporto del servizio sanitario pubblico.

C'è poi il grande capitolo del ruolo giocato dalle strutture private convenzionate cui in alcune regioni affluiscono enormi quantità di denaro. Viene effettuata una prestazione e, per carità, è giusto che sia remunerata. Ma forse se questi stessi fondi venissero impiegati a monte per rinforzare le strutture pubbliche, per aumentare il personale del servizio sanitario pubblico, anziché per pagare dei servizi alle strutture convenzionate che lavorano in affiancamento a quelle pubbliche, forse la risposta del servizio pubblico potrebbe progressivamente migliorare. In questo meccanismo si inseri-

sce poi il fatto che talvolta si assiste a una sorta di «selezione» da parte delle strutture private convenzionate delle prestazioni di eccellenza da offrire (spesso quelle molto ben remunerate), a fronte di prestazioni più spesso «in perdita» lasciate in gestione al servizio pubblico (si pensi alle rianimazioni, al periodo del Covid).

So bene che entrano in gioco interessi enormi, che la spesa sanitaria, dal punto di vista dell'erogatore è una fonte di guadagno, ma la salute è prima di tutto un diritto, un bene comune che deve essere garantito e non può e, a mio personale parere, non deve essere considerato primariamente per i guadagni che può generare. E allora forse bisogna avere il coraggio di dire che è venuto il momento di cambiare rotta cercando da un lato di rifinanziare — ma davvero, con un occhio sul Pil — le strutture pubbliche e dall'altro di ridurre, anche se magari non necessariamente eliminare, il ruolo giocato dalle regioni nel tentativo di armonizzare i «troppi» servizi sanitari attualmente presenti in Italia. Ammettere di aver fatto un errore e avere il coraggio di correggerlo può essere un gesto di umiltà e intelligenza, ma la salute è forse il bene comune più importante: tutti siamo chiamati a difenderla.

(*) *Vicepresidente Unamsi, medico di Medicina generale*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alle origini

Trovare il coraggio di ammettere che nel 2001, con la riforma del titolo V, si è iniziata una strada che ci sta portando alla rovina



NUMERI SENZA PRECEDENTI NEL 2024. OPPOSIZIONI IN CRESCITA

Record di organi donati «Ma troppi dinieghi»

MASSIMO IONDINI

«Ma com'è dura la salita, in gioco c'è la vita», recita «Uno su mille» di Gianni Morandi. Un verso perfetto anche per descrivere la battaglia per sensibilizzare gli italiani sull'importanza del sì alla donazione di organi. È vero che anche l'anno scorso c'è stato un aumento complessivo, ma non si capisce perché ci sia una forte resistenza a optare per la donazione quando ci si reca a farsi rilasciare o a rinnovare la carta d'identità. L'anno scorso, stando ai dati appena diffusi dal Ministero della Salute, è infatti aumentato il numero di persone che ha detto «no» alla donazione. Nel 2024 le dichiarazioni di volontà raccolte nelle anagrafi comunali sono state oltre 3,7 milioni: nel 36,3% dei casi i cittadini hanno optato per l'opposizione al prelievo degli organi, il 63,7% ha dato il consenso (nel 2023 i sì erano il 68,5%). In questo momento nel Sistema informativo trapianti sono presenti 21,4 milioni di dichiarazioni di volontà: 15 milioni di consensi e 6,4 milioni di opposizioni. Per rafforzare la cultura della donazione, quest'anno il Ministero della Salute e il Centro nazionale trapianti metteranno in campo una serie di azioni a sostegno di una

campagna nazionale di sensibilizzazione: tra le più significative, un'indagine conoscitiva sulle motivazioni che portano i cittadini alla scelta di diventare o meno donatori di organi e alcune iniziative di comunicazione mirate ai più giovani che, con gli over 60, hanno manifestato una minore propensione a donare. L'anno scorso, comunque, l'attività della rete trapiantologica italiana ha registrato i numeri più alti mai realizzati sia per gli organi che per le cellule staminali emopoietiche. Le donazioni di organi continuano a crescere: nel 2024 sono state 2.110 (+2,7% sul 2023), a partire da 3.192 segnalazioni di potenziali donatori dalle rianimazioni (+3,2%). Grazie a questi numeri è stato possibile realizzare ben 4.692 trapianti, 226 in più del 2023. Il tasso nazionale di donazione è salito a 30,2 donatori per milione di persone: è la prima volta che in Italia si supera quota 30, un livello che colloca il nostro Paese ai primi posti europei. A crescere di più i trapianti di cuore (+13%) e di rene (+6,6%). L'Italia è salita in un anno da 69,2 a 75,5 trapianti ogni milione di persone, il livello più elevato di sempre. Ma c'è ancora tanta strada da fare.



A ROMA

Speranza nel mirino dei no-vax

■ Minacce e scritte no Vax sulla serranda di un locale di Roma dov'era in programma un incontro organizzato da un circolo del Pd romano con l'ex ministro della Salute Roberto Speranza. «Complici di un assassino» e «colpevole di strage» sono solo alcuni degli appellativi che sono stati rivolti all'attuale deputato del Pd. Immediata la reazione dei dem che hanno condannato il gesto. «Solidarietà a Roberto Speranza per gli attacchi vigliacchi dei No Vax. Gli siamo vicini e difenderemo in ogni

sede le sue azioni ispirate alla scienza per difendere i cittadini in uno dei momenti più difficili della storia recente», ha scritto su X la capogruppo dei democratici alla Camera Chiara Braga. A farle eco è Francesco Boccia: «Siamo vicini a Roberto Speranza. Le intimidazioni no vax di cui lui e il locale che ospiterà l'iniziativa che lo vedrà ospite questa sera sono stati vittime, sono il segno di una intolleranza e di una ignoranza inaccettabili. Difenderemo sempre quello che da ministro ha fat-

to Roberto convinti che l'azione di quel governo abbia aiutato il nostro Paese ad uscire dall'emergenza e dalla tragedia del Covid».



15 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Elezioni Fnomceo: il decalogo per innovare la professione medica

Dieci punti per innovare la professione medica: dieci priorità – dalla difesa del Servizio sanitario nazionale alla revisione del Codice deontologico; dalla definizione di atto medico alla sua depenalizzazione; dalla promozione, anche attraverso la

comunicazione, dei valori della professione e del ruolo sociale del medico all'unità della professione; dalla formazione, sia dei medici che delle rappresentanze ordinistiche, alla sicurezza sul lavoro; il tutto con uno sguardo particolare per i giovani e per le colleghe donne, in modo da “tutelare il futuro” e “declinare la professione al femminile” - sulle quali si dovrà sviluppare l'azione del nuovo Comitato Centrale della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

A presentare le linee programmatiche, in vista delle prossime elezioni per il rinnovo dei vertici – che si svolgeranno il 24,25 e 26 gennaio a Roma - è oggi la lista guidata dal presidente uscente, Filippo Anelli, che si chiama proprio “Innovare la Professione” e che si presenta come lista unitaria e unica candidata per il rinnovo dei 15 componenti medici del Comitato Centrale. Lista unica anche per il Collegio dei Revisori, mentre sono due le liste candidate per la Commissione Albo Odontoiatri nazionale: in ordine di presentazione, “Unità e Cambiamento” e “Orgogliosi”. I 106 presidenti delle Commissioni Albo Odontoiatri territoriali sono chiamati ad eleggere i 9 componenti della Cao nazionale: i primi 4 eletti entreranno di diritto nel



Comitato Centrale, insieme ai 15 componenti medici eletti dai 106 presidenti degli Ordini provinciali.

Ma torniamo al programma di “Innovare la Professione”, che è stato inviato questa mattina agli elettori, i presidenti dei 106 Ordini territoriali appunto, e che sarà pubblicato sul Portale Fnomceo.

“Ai giovani medici – scrive Anelli, dopo aver ripercorso quanto accaduto nello scorso quadriennio - dobbiamo prospettare un futuro ove il Medico sia capace di “Innovare la Professione” coerentemente con i valori che ci hanno sempre guidato. Noi tutti, insieme, interpreti di quel cambio di paradigma che più volte abbiamo auspicato: un medico capace di curare la persona e non solo la malattia. Il Medico si dedicherà all’ascolto del paziente, della sua storia, delle sue ansie, delle sue paure che configurano la singolarità del caso e la sua complessità, perché è sempre possibile curare, è sempre possibile consolare, anche quando non è possibile guarire”.

Ecco, di seguito, i dieci punti:

1. Difendere il SSN con i suoi valori di universalità, solidarietà e equità ed i medici quali veri garanti del diritto costituzionale alla salute. SSN che necessita di un numero adeguato di professionisti, di un idoneo finanziamento delle risorse umane prima ancora delle tecnologie e di una governance del sistema che attribuisca un ruolo più incisivo ai medici.
2. Preservare e promuovere l’indipendenza, l’autonomia e la dignità professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale insieme alla salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell’esercizio professionale, utilizzando il sistema della comunicazione come strumento efficace per promuovere le nostre Professioni.
3. Sostenere la definizione anche legislativa di atto medico
4. Riproporre la depenalizzazione dell’atto medico e la riformulazione della colpa grave.
5. Promuovere ogni iniziativa volta ad assicurare la sicurezza sul luogo di lavoro e il contrasto alla violenza anche attraverso l’applicazione delle Leggi 113/20 e 171/2024 sulla violenza ai sanitari.
6. Favorire l’unità di tutte le espressioni della Professione, ribadendone il comune valore anche contro ogni tentativo di devoluzione della Professione stessa.
7. Tutelare il futuro della Professione, con particolare attenzione alle istanze dei giovani colleghi, rendendo efficiente la programmazione nell’accesso alla Scuola di Medicina e alle specializzazioni.
8. Approvare il nuovo Codice di Deontologia Medica

9. Incoraggiare ogni iniziativa tesa a declinare la Professione al femminile.

10. Avviare il processo di formazione della futura classe dirigente ordinistica e previdenziale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

15 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Ccnl comparto sfumato: le ragioni del Nursing Up

Il Sindacato Nursing Up “ribadisce con determinazione i motivi della propria decisione di non sottoscrivere il Contratto della Sanità 2022-2024”. «Abbiamo scelto di non tradire i lavoratori – dichiara il presidente Antonio De Palma – rifiutando un contratto che, dietro la promessa di aumenti medi di 172 euro lordi, si sarebbe tradotto in incrementi reali di circa 60 euro netti e che, cosa ancora più grave, nemmeno lontanamente avrebbe aperto la carriera a infermieri, ostetriche e professioni sanitarie. Questa, per noi, non è affatto valorizzazione, ma è una farsa».

Le criticità del contratto

Il Nursing Up sottolinea i punti principali che lo hanno portato a questa decisione:

Gli infermieri, le ostetriche e i tecnici sanitari con titoli conseguiti prima della riforma, e quindi equipollenti per legge a chi possiede la laurea di primo livello, (parliamo della stragrande maggioranza dei dipendenti), “dovrebbero essere esclusi dalla possibilità di avanzamenti di carriera verticale, e quindi condannati a rimanere bloccati agli stessi livelli per tutta la vita lavorativa - rilevano dal sindacato -. Come si può avallare un contratto che dividerebbe ulteriormente i professionisti sanitari, dividendoli, pur a parità di qualifica, e limitando solo ad alcuni l'accesso all'area di elevata qualificazione? La pronta disponibilità poi, che impone sacrifici in termini di notti, festività e vita familiare, con il nuovo contratto continuerebbe ad



essere remunerata con soli 1,80 euro lordi all'ora, una cifra irrisoria rispetto all'impegno richiesto».

De Palma pone inoltre l'attenzione su altre gravi criticità che avrebbe voluto introdurre l'accordo non sottoscritto: «Come è possibile che vi siano organizzazioni sindacali disposte ad accettare l'inserimento della figura dell'assistente infermiere, decisa dall'Aran solo all'ultimo momento, e destinata a danneggiare sia la professione infermieristica, sia i cittadini ai quali la stessa è destinata? E che dire dei trasferimenti dei lavoratori da un'azienda sanitaria all'altra? Lasciati al mero arbitrio delle aziende sanitarie, con colleghi costretti ad attendere anni prima di riunirsi alle proprie famiglie? Noi chiediamo regole chiare: periodi definiti per i bandi di mobilità, trasparenza e diritti certi. Questo è ciò che manca, e lo abbiamo ribadito con fermezza.

«Non accettiamo compromessi al ribasso – continua De Palma – e non temiamo di affermarlo. Chi, riferendosi a noi, tra quei sindacati pronti a mettere la firma sul contratto, parla di protagonismo, cercando di nascondere la grave portata delle proprie decisioni, si nasconde dietro affermazioni pretestuose, inconcludenti e dannose per i lavoratori. Se difendere i diritti dei professionisti significa essere protagonisti, allora ben venga. Noi preferiamo un'azione forte e coerente piuttosto che accettare, come fanno altri, un contratto che perpetua disuguaglianze e immobilismo economico e professionale». In ogni caso, l'auspicio è che «il rifiuto del Nursing Up non sia un semplice gesto di opposizione - conclude De Palma, ma una scelta consapevole per il futuro della sanità e dei suoi professionisti -. Continueremo a lottare per il riconoscimento della dignità e dei diritti degli infermieri, delle ostetriche e di tutti i professionisti sanitari. Non ci fermeremo di fronte a chi accetta di firmare al ribasso, perché il nostro obiettivo è una sanità più equa per i cittadini, e valorizzante per tutti i professionisti sanitari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

15 gen
2025

DAL GOVERNO

S
24

Contratto Sanità, Naddeo (Aran) al Nursing Up: le vostre richieste accolte nel testo alla firma dei sindacati

«Leggo uncomunicato del sindacato Nursing Up che spiega i motivi della “non firma” al contratto per i lavoratori del comparto Sanità 2022-24. È sempre legittimo decidere di firmare o meno, ma sembra strano che ieri mattina lo stesso sindacato ha diffuso un comunicato in cui dichiarava le richieste che avrebbe fatto al tavolo, le quali, se accolte, avrebbero portato alla loro adesione. Ora, basta riprendere quel comunicato dalle agenzie e confrontarlo con il testo del contratto consegnato da Aran ai sindacati ieri mattina -[in pubblicazione sul sito dell’Agenzia](#) - per verificare che tutte le richieste erano già state accolte ieri prima della pausa pranzo. Probabilmente, qualcosa è andato storto al tavolo del ristorante, ed è pur sempre legittimo cambiare idea per un cattivo piatto di spaghetti». È il commento del presidente dell’Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran), Antonio Naddeo, alle dichiarazioni del sindacato infermieristico Nursing Up, diffuse per spiegare le ragioni della mancata sottoscrizione della preintesa al Ccnl Sanità 2022-24.



© RIPRODUZIONE RISERVATA



15 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Mmg e case di comunità: perché bocciamo la proposta del ministro Schillaci

di Francesco Esposito *

Medici di famiglia dipendenti e centralità del modello delle Case di comunità, cambi nella formazione dei giovani medici del territorio, nella direzione della specializzazione. Queste, sommariamente, le proposte del ministro della Salute, Orazio Schillaci che, secondo alcuni media, sono in via di definizione con l'apporto di alcune regioni. Una batteria di ipotesi che però consideriamo sbagliate per chi è in prima linea nell'assistenza sanitaria primaria e per gli stessi cittadini. L'anno nuovo si apre con una proposta vecchia, sbagliata e superata dalla storia. Ogni scelta di riorganizzazione dei servizi non deve partire da un modello teorico (prima le case della salute, ora quelle di comunità) ma dalla centralità del paziente, dalla domanda di salute, da un'analisi della realtà territoriale del nostro Paese. Invece, da mesi assistiamo alla stessa cantilena: le 'Case di comunità' come soluzione di tutti i problemi. Sia chiara una premessa: i medici di famiglia sono disponibili a coprire anche i turni di queste strutture in rapporto al numero di assistiti assegnati, ma sempre facendo prima un bilancio del lavoro del professionista, non quello sulla carta, di cui spesso parlano in modo distorto alcuni commentatori sui giornali, ma quello reale che è invece oberato da compiti impropri e burocratici, dentro e fuori lo studio o al telefono.



Ma andiamo nel merito della questione. Queste ‘cattedrali nel deserto’ non decollano non solo per un deficit di personale, ma anche perché non possono coprire tutta la domanda di salute dei cittadini: a fronte di 1.420 case di comunità ci sono oltre 8000 comuni in zone montane e rurali dove, spesso, i pazienti sono anziani con problemi di cronicità, che rimarrebbero quindi privi di adeguata assistenza sanitaria. In alcuni contesti urbani, poi, questi ‘mega ambulatori’ possono anche essere funzionali, ma in altri - appunto i piccoli comuni - che sono per lo più la maggioranza, si deve continuare a puntare sulla capillarità degli “studi” e sul potenziamento (con più risorse, tecnologia e personale) della medicina di gruppo, come le Unità di cure primarie, già esistenti e che funzionano molto bene. Se si ‘obbligano e deportano’ i medici nelle Case di Comunità, intere zone dell’Italia rimarranno senza assistenza medica. Facciamo appello all’Anci, in questo senso, affinché faccia sentire la sua voce.

Ideologico, poi, il dibattito sulla dipendenza per i giovani medici di famiglia (positiva invece la previsione di una riforma della formazione, in direzione della specializzazione) che accedono alla professione: sarebbe un meccanismo che non vede il favore dei colleghi e che non è funzionale al buon funzionamento del sistema, innanzitutto perché fa venire meno il rapporto fiduciario con il paziente e la libera scelta del cittadino a farsi curare dal medico che preferisce e di cui si fida. Come giustamente scrive Maurizio Sacconi sul suo blog: ‘Se trasformarli (ideologicamente) in dipendenti costituirebbe un regresso rispetto alla funzione fiduciaria di prossimità, vincolarli alle società tra professionisti significa farli evolvere verso un efficiente livello di servizio per i pazienti’. La strada, appunto, è la medicina di gruppo, attraverso l’autonomia e l’indipendenza del professionista.

** Segretario nazionale di Federazione Medici Territoriali-FMT*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

15 gen
2025

DAL GOVERNO

S
24

Inps: in primavera la decisione del Governo sull'aumento dei requisiti per la pensione

di *Claudio Testuzza*

La Cgil scopre che Inps nel suo applicativo, usato dai patronati per i calcoli previdenziali, ha alzato di 3 mesi i requisiti anagrafici e contributivi per andare in pensione dal 2027. E di altri 2 mesi dal 2029, senza nessun decreto a supporto.

Ce ne vuole uno del ministero dell'Economia di concerto con il Lavoro. Per legge deve arrivare almeno un anno prima. Quello valido per il 2025, ad esempio, fu firmato dall'allora Ragioniere dello Stato, Biagio Mazzotta, a luglio 2023, quasi un anno e mezzo prima. Non si capisce quindi come Inps possa aver adeguato i software con un incremento non ufficiale e tra l'altro solo in parte coincidente con i numeri Istat. Dopo qualche ora, la denuncia del sindacato viene smentita dall'Inps. Un pasticcio. Se fosse davvero come risultava alla Cgil, dal 2027 si sarebbe usciti a 67 anni e 3 mesi (con 20 di contributi) per la pensione di vecchiaia. E dal 2029 a 67 anni e 5 mesi. Cambierebbe anche la pensione anticipata. I contributi necessari, a prescindere dall'età, passerebbero dai 42 anni e 10 mesi di oggi (un anno in meno per le donne) a 43 anni e 1 mese nel 2027 e 43 anni e 3 mesi dal 2029.

Il meccanismo che adegua gli assegni pensionistici all'aspettativa di vita è stato introdotto da un decreto legge del 2010 ed è sostanzialmente decollato nel 2013. Negli ultimi anni l'aggiornamento dei requisiti pensionistici è stato



di fatto congelato fino a tutto il 2026. Nell'attuale millennio la speranza di vita è progressivamente lievitata, soprattutto rispetto agli anni '70 e '80. E con l'invecchiamento della popolazione questo andamento è atteso, in forma ancora più marcata, anche negli anni a venire con significative ricadute sul sistema pensionistico pubblico, chiamato a erogare prestazioni per un periodo più lungo. Per questo motivo nel 2010, con il decreto legge n. 78, poi convertito nella legge n. 122/2010, fu previsto dal 1° gennaio 2013, il progressivo innalzamento dei requisiti per l'accesso alla pensione di vecchiaia ed anticipata al fine di sterilizzare gli effetti dell'allungamento della vita media della popolazione.

Nel 2013 si materializzava il primo scatto di tre mesi e la pensione per gli uomini sale a 66 anni e tre mesi. Lo scatto successivo è nel 2016 ed è di quattro mesi. La soglia anagrafica lievita a 66 anni e sette mesi. Al momento, l'ultimo scatto è quello del 2019 con cinque mesi in più, che portano l'asticella a 67 anni. In questo periodo viene aumentato anche il numero di anni di contributi necessari alla pensione anticipata (a prescindere dall'età), passati per gli uomini dai 42 anni e 1 mese nel 2012 a 42 e 5 mesi nel 2013, a 42 e 6 nel 2014 fino ad arrivare a 42 anni e 10 mesi nel 2016 (12 mesi in meno per le donne).

Nel caso delle pensioni di vecchiaia, a partire dal 2019 l'aggiornamento ha una frequenza biennale (in precedenza era triennale) ma è stato nullo per i bienni 2021-2022, 2023-2024 e 2025-2026 perché non si sono registrati aumenti della speranza di vita, anche a causa delle ricadute della stagione del Covid. In particolare, per il 2025 la variazione è stata nulla perché l'Istat nel biennio di riferimento ha riscontrato un calo della speranza di vita di un mese, che si è aggiunto al calo di tre mesi registrato nel biennio precedente il 2023.

La legge del 2009 prevedeva un adeguamento biennale della speranza di vita: se negativa, i requisiti non cambiano (non si va in pensione prima), ma il "tesoretto" dei mesi viene recuperato poi dopo a scomputo, quando invece la vita torna ad allungarsi. Ecco dunque che i 4 mesi "avanzati" potrebbero consentire di lasciare le cose come stanno ora fino al 2029.

Ma tuttavia il prossimo passaggio legato all'aspettativa di vita è atteso nel 2027. L'ultimo rapporto della Ragioneria Generale dello Stato del 2024 sulle tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico orientativamente ipotizzava che l'età di uscita rimanesse di fatto ferma a 67 anni anche nel biennio 2027-28 (scatto potenziale di un mese), ma indicava anche l'andamento in crescita della speranza di vita, non escludendo quindi del tutto la possibilità di un adeguamento.

La Ragioneria generale dello Stato nell'ultimo rapporto sulle pensioni del 2024 non lo aveva di fatto indicato, anche se aveva fatto notare che la speranza di vita era tornata a crescere. In altre parole, chi avesse provato a verificare sul sito dell'Inps il tempo rimasto prima di andare in pensione si

sarebbe trovato l'amara sorpresa: tre mesi in più da trascorrere al lavoro, tutto il contrario degli annunci elettorali sbandierati finora. L'Ente, però, ha assicurato che i parametri resteranno invariati, basandosi sulle tabelle attualmente pubblicate. Un messaggio rassicurante per chi temeva cambiamenti repentini, ma che non cancella del tutto le preoccupazioni sollevate dal sindacato.

La classe penalizzata ancora una volta sarebbe quella dei nati nel 1960, baby boomer, rimasti fuori dalla Quota 100 dato che per utilizzare la misura di anticipo della pensione ci volevano 62 anni compiuti entro il 2021 oltre a 38 anni di contributi versati e ora bloccati di nuovo dall'aumento dei requisiti. C'è anche il rischio di creare nuovi "esodati", lavoratori che hanno aderito a piani di isopensione o scivoli di accompagnamento alla pensione e potrebbero trovarsi per alcuni mesi senza tutele.

In ogni caso, la decisione finale spetterà al Governo, che dovrà discuterne e produrre un decreto in cui si ufficializza l'aumento o meno dei requisiti. Nel corso del 2025 si tornerà a parlare di età pensionabile, visto che ci vuole almeno un anno di tempo e il decreto per il 2027 è atteso proprio nel corso di quest'anno, molto probabilmente in seguito proprio al rapporto primaverile dell'Inps sull'aspettativa di vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ

Raccolta di plasma, è nuovo record Più vicino l'obiettivo dell'indipendenza

La raccolta di plasma è ancora da record. Il netto aumento, segnato per il secondo anno consecutivo, ha permesso di superare la soglia dei 900mila chili di plasma avviato al frazionamento industriale, mai raggiunta prima nella storia del nostro paese. «Questo risultato straordinario - hanno scritto in una nota congiunta del Centro Nazionale Sangue (CNS) e del Ministero della Salute - conseguito grazie alla generosità dei donatori italiani, permette di fare un ulteriore passo nel complesso percorso che conduce l'Italia alla via dell'autosufficienza in materia di farmaci pla-

smaderivati. Nel 2024 infatti sono stati inviati all'industria per la produzione di medicinali plasmaderivati 906.938 chili di plasma, cifra che rappresenta un aumento del 3% rispetto agli 880.000 conferiti nel 2023, a cui si aggiungono 15.141 chili destinati alla produzione di plasma ad uso clinico di grado farmaceutico». In Italia sono stati conferiti al frazionamento industriale 15,4 chili di plasma per ogni 1.000 abitanti (l'anno scorso tale indice si attestava a 14,9) per la produzione di plasmaderivati. Si avvicina quindi l'obiettivo dei 18 chili per 1.000 abitanti indicato come valore di riferimento per il raggiungimento di un'indi-

pendenza strategica dal mercato estero per le immunoglobuline, driver della produzione.

Il plasma, ovvero la parte liquida del sangue, serve principalmente a produrre i cosiddetti plasmaderivati, ovvero medicinali come l'Albumina e le Immunoglobuline che sono alla base di numerose terapie salvavita. I farmaci prodotti con il plasma donato da donatori italiani non sono però sufficienti a coprire il fabbisogno dei nostri pazienti e quindi, ogni anno, il Servizio Sanitario Nazionale deve ricorrere al mercato estero per procurarsi i medicinali necessari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INCORAGGIANTI I RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE ITALIANA

La terapia genica contro la maculopatia

ALESSANDRA TURCHETTI

LItalia fra i primi paesi al mondo a sperimentare un nuovo approccio terapeutico contro la maculopatia, malattia degenerativa dell'occhio che può portare alla cecità: all'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara è stato trattato il primo paziente con terapia genica a seguito della partecipazione dell'Azienda ospedaliera-universitaria a un trial clinico internazionale. Un gruppo di ricerca americano ha, infatti, messo a punto una strategia innovativa contro la malattia che prevede un intervento mirato per correggere la degenerazione della macula nella forma cosiddetta "umida". La macula è la zona centrale della retina che può degenerare in modo progressivo e irreversibile, ma è possibile rallentare o addirittura bloccare il decorso se individuata per tempo. La forma "umida" della patologia è meno comune (circa il 15% dei casi) ed è causata dalla formazione di vasi sanguigni anomali al di sotto della retina, con un decorso più aggressivo, mentre la forma "secca", che rappresenta l'85% del totale, comporta una perdita della visione più lenta.

La patologia interessa più di un milione di persone solo in Italia e ha un impatto notevole a livello sociale: viene compromessa, infatti, la visione centrale, e con essa le normali attività quotidiane come la lettura, la guida, lo stare alla tv. La patologia ha una forte componente ereditaria ma è considerata multifattoriale, con fattori predisponenti come fumo, diabete, alcuni alimenti introdotti nella dieta. Colpisce maggiormente le persone con oltre 60 anni ma ne sono affetti anche i più gio-

vani: nei Paesi industrializzati rappresenta la prima causa di ipovisione e cecità dopo i 65 anni e la sua incidenza è in aumento per l'invecchiamento della popolazione. Anche un'esposizione ai raggi del sole senza la dovuta protezione, può essere un fattore di rischio per la malattia.

Anziché iniettare a cadenza mensile farmaci detti anti-Vegf all'interno dell'occhio per impedire nella forma umida che il tessuto si bagni perdendo la propria funzione - finora unico protocollo disponibile da seguire spesso a vita -, con un vettore virale si inserisce invece il gene per le proteine anti-Vegf nelle cellule del paziente rendendole, così, in grado di produrre in maniera autonoma e duratura queste molecole. Le Vegf sono fattori di crescita che promuovono la formazione dei neo-vasi retinici. Pertanto, una volta inibite, si blocca questo processo. L'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara è tra i primi centri in Europa a partecipare a questa sperimentazione insieme a Inghilterra, Francia e a un altro centro italiano, il Policlinico Gemelli di Roma.

«La portata di questo nuovo protocollo è veramente grande - spiega Marco Mura, ordinario di Malattie dell'apparato visivo e direttore dell'Unità operativa di oculistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara -. A fronte di una terapia scomoda e invasiva che costringe i nostri pazienti, prevalentemente anziani, a recarsi nelle strutture ospedaliere ogni mese con un notevole impegno sia per loro che per gli ospedali, con il nuovo approccio, i cui risultati preliminari sono già molto buoni, il carico delle punture intravitreali periodiche viene eliminato. Lo studio clinico in corso, la cui sicurezza è già stata verificata, è infatti di fase 3, dove andiamo ad analizzare proprio

l'efficacia del metodo».

Il decorso della malattia all'inizio è piuttosto lento e questo aspetto ne ritarda la diagnosi, altra criticità nell'attuale presa in carico del problema, perché così si aumenta la possibilità di degenerare verso forme più severe. In particolare, con esami altamente specifici, come l'angio-tomografia ottica, si effettua la valutazione istologica "virtuale" della retina, evidenziando la presenza di alterazioni anatomiche a carico dei vari strati cellulari, di edema retinico e soprattutto di neovasi retinici. Questi ultimi, infatti, invadono la retina e sono i responsabili della forma esudativa o umida della maculopatia. L'intervento chirurgico di vitrectomia, effettuato una sola volta e in anestesia locale, sembra avere effetti a lungo termine e le aspettative sui dati a conclusione della sperimentazione sono molto alte. «Contiamo di terminare il trial clinico entro il 2025 - conclude lo specialista -, e presumibilmente entro il 2026 tutti gli iter regolatori per l'ufficializzazione del protocollo se l'efficacia a lungo termine di questa nuova terapia venisse a tutti gli effetti dimostrata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA


Il professor Marco Mura



NUOVE FRONTIERE

Testi a cura di **GIAMPIERO VALENZA**

Ci sono gli studi medici e gli ospedali. Le università e i centri di ricovero e cura. Il mondo della ricerca scientifica non si ferma e va avanti. Sta facendo passi da gigante grazie anche a chi raccoglie dati, sviluppa linee guida e programmi, scopre nuove frontiere, cura migliaia, milioni di pazienti, passa notti senza dormire per assistere e cercare le soluzioni che le persone continuano a chiedere. A Roma come a Parigi, a Pechino come a New York.

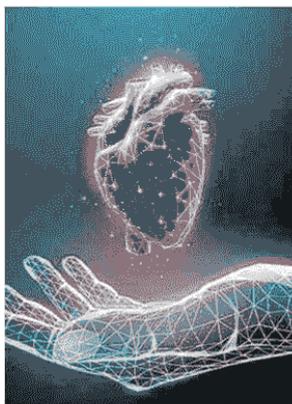
Basti pensare agli ultimi premi Nobel per la Medicina, gli americani Victor Ambros e Gary Ruvkun, che con la scoperta dei regolatori dell'attività dei geni nelle cellule (i microRna), hanno aperto la strada a nuove cure, anche di malattie molto gravi. Un lavoro, il loro, iniziato negli anni Novanta e che giusto lo scorso anno ha trovato il suo riconoscimento con il più grande premio dedicato al mondo medico. Prima di loro, Katalin Karikó e Drew Weissman hanno portato a casa il Nobel per le scoperte sullo sviluppo di vaccini a mRNA contro il Covid-19, la stessa tecnica che la scienza sta studiando per la lotta contro diverse forme di tumore. Il 2024 è stato l'anno della rivoluzione della lotta al diabete. In Italia sono arrivati anche i nuovi farmaci per il trattamento del tipo 2 come il semaglutide e il tirzepatide, prescritti ai pazienti obesi, e che fanno perdere tra il 15 e il 20% del peso corporeo. È stato anche l'anno dell'anticorpo monoclonale contro il Vrs, il virus respiratorio sinciziale che colpisce moltissimi bambini appena nati e che spesso li costringe a essere ricoverati (anche in terapia intensiva).

I traguardi del 2025 partono anche dalle basi del 2024 (e non solo, visto che molti ricercatori poi arrivano a studiare le cure di una malattia per l'intera vita

professionale). Basta pensare alla Prep, la profilassi pre-esposizione che si è dimostrata essere particolarmente efficace per la prevenzione delle infezioni da Hiv. E poi ci sono le Car-T, le terapie basate con le stesse cellule del sistema immunitario che non solo servono a combattere diversi tumori, ma che ora saranno alla base, sempre più spesso, della lotta alle malattie autoimmunitarie più resistenti. Parlare di medicina però vuol dire anche prevenzione. Ormai attraverso le applicazioni degli smartphone si riescono a fare anche le terapie cognitivo-comportamentali per disintossicarsi dalle dipendenze. E ci sono dispositivi indossabili che permettono il controllo in tempo reale dei propri parametri vitali. Una cosa da fantascienza giusto alcuni decenni fa.

È vero però che c'è ancora molto da fare e che il mondo vive in una situazione complessa. C'è la necessità (non più solo dei Paesi ricchi), di affrontare il tema dell'obesità (considerata ormai una patologia sistemica, che dunque tocca l'intero organismo) e che passa attraverso una modifica degli stili di vita, soprattutto in Occidente. Poi ci sono le malattie del declino cognitivo come Parkinson e Alzheimer, sui quali non si è mai fermata l'indagine dei ricercatori. Non abbiamo detto addio al Covid-19 e il 2024 è stato anche l'anno di nuove infezioni – sebbene più contenute – dovute ai salti di specie (proprio come avvenuto con il virus Sars Cov-2). Se molte forme di tumore vengono oggi trattate (e, in qualche caso, cronicizzate), è grazie alla ricerca. Ma c'è ancora molto da fare e l'immunoterapia è una delle armi che oggi la medicina può sfoderare. I fronti aperti sono tanti e la ricerca scientifica sa bene che unita prima o poi riesce a vincerli.





AUMENTA
L'ACCURATEZZA
E SI RIDUCONO
I TEMPI
DI VALUTAZIONE
DEI CASI PIÙ SERI

CARDIOLOGIA

IPERTENSIONE E INFARTO L'IA FACILITA LA DIAGNOSI

L'uso dell'intelligenza artificiale per il monitoraggio dei pazienti ad alto rischio ricoverati con malattie cardiache può ridurne fino al 31% la mortalità, confermando le tante potenzialità dell'IA per la diagnosi, il monitoraggio e la gestione dei pazienti.

Sono sempre più numerosi gli studi che dimostrano l'efficacia dell'IA nella gestione delle patologie cardiovascolari. Per questo la Società italiana di Cardiologia ha appena firmato un documento di consenso sull'impiego dell'intelligenza artificiale in Cardiologia, sottolineandone l'utilità, per esempio, nella dia-

gnosi precoce di malattie come l'ipertensione o lo scompenso cardiaco. Ma anche l'impiego per una valutazione più accurata di elettrocardiogrammi, ecocardiogrammi, risonanze magnetiche e Tac. Il documento, prendendo in esame gli utilizzi degli algoritmi in cardiologia, ne sottolinea le grandi potenzialità a partire dal controllo dei pazienti ad alto rischio ricoverati con malattie cardiache. L'IA si è rivelata efficiente anche nella valutazione degli esami Holter e per il telemonitoraggio di chi ha defibrillatori impiantabili.

L'impiego dell'IA nella valutazione degli elettrocardiogrammi è, secondo la Società italiana

di Cardiologia, molto promettente anche per migliorare la diagnosi precoce dell'infarto: uno studio su 362 pazienti sottoposti a un elettrocardiogramma prima dell'arrivo in ospedale ha dimostrato un'accuratezza del 99% nell'identificare i casi più seri, con tempi di valutazione medi di appena 37 secondi, circa quattro volte inferiori a quelli di un medico in carne e ossa, che hanno accorciato ad appena 18 minuti l'intervallo fra l'arrivo in clinica e la procedura di rivascolarizzazione.

Un ampio studio su quasi 16mila pazienti pubblicato di recente su *Nature Medicine* ha dimostrato che la mortalità a tre mesi può ridursi del 31% associando l'IA all'elettrocardiogramma per identificare i casi con una maggiore probabilità di andare incontro a un evento fatale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ONCOLOGIA

TUMORI, UN CHATBOT CHE FA PREVENZIONE

L'esperienza inizia in Francia. In Occitania è stato sviluppato un programma di screening sul collo dell'utero basato sul test Hpv e destinato a tutte le donne tra i 30 e i 65 anni. Chi non ha potuto presentarsi allo studio medico ha potuto fare il test a casa. Gli studiosi dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro con sede a Lione hanno così sviluppato un chatbot basato sull'intelligenza artificiale che ha permesso di assistere. Grazie allo smartphone, infatti, diventa tutto più facile e il bot ha aiutato le donne non solo a migliorare la partecipazio-

ne, ma anche a comprendere l'importanza di uno strumento di prevenzione come lo screening dell'Hpv dando loro assistenza.

I primi risultati stanno dimostrando l'efficacia di un sistema del genere che consente di migliorare l'adesione a screening fatti a distanza. Proprio il 2025, sottolineano i ricercatori, può essere l'anno dello sviluppo di questi chatbot. Alcuni tipi di Hpv - il Papillomavirus - sono associati all'insorgenza di tumori. Quello più collegato è il carcinoma del collo dell'utero, il primo che l'Organizzazione mondiale della Sanità ha riconosciuto

essere totalmente riconducibile a un virus. Secondo stime dell'Istituto Superiore di Sanità, l'80% delle donne sessualmente attive si infetta almeno una volta nella vita con l'Hpv, con un picco di prevalenza nelle giovani. La maggior parte delle infezioni è transitoria ed è la persistenza dell'infezione virale la condizione necessaria per una evoluzione verso un tumore. La diagnosi precoce è fondamentale e per questo va fatta la prevenzione.

Un tempo c'era solo il Pap-test (ancora oggi raccomandato ogni tre anni per le donne tra i 25 e i 64 anni). Oggi c'è anche l'Hpv test che ricerca il Dna delle forme del virus Hpv che sono ad alto rischio oncogeno. E ci sono due vaccini contro l'Hpv, uno bivalente e l'altro quadrivalente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DALLA FRANCIA
LO SCREENING
PER L'HPV
"GUIDATO"
ATTRAVERSO
LO SMARTPHONE



REUMATOLOGIA

CURE CON LE CAR-T PER LA SCLERODERMIA

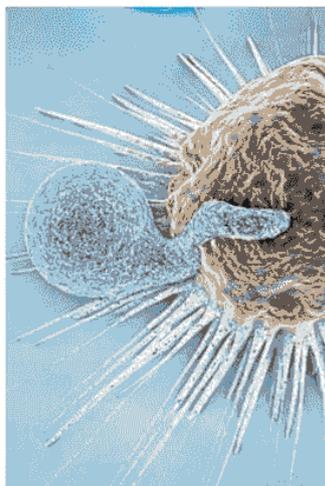
Per la prima volta in Italia una donna affetta da sclerodermia è stata trattata con le Car-T, la terapia di ultima generazione che usa le stesse cellule immunitarie del paziente che vengono modificate in laboratorio per renderle "più forti". Vengono usate per diversi trattamenti anti-cancro e quest'anno di fatto si apre questa nuova frontiera contro le malattie reumatologiche. La ricerca vede la firma della Fondazione Policlinico Gemelli Ircs in collaborazione con l'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. La prima paziente adulta è stata trattata al policlinico romano la Vigilia di Natale perché era resistente ai trattamenti. Lo studio arruolerà in tutto otto pazienti adulti e avrà una durata di due anni.

La ricercatrice principale è Maria Antonietta D'Agostino, ordinario di Reumatologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e direttore della Unità

operativa complessa di Reumatologia del Gemelli.

Le Car-T anti-Cd19 utilizzate nello studio sono prodotte nell'Officina farmaceutica del Bambino Gesù, il cui coordinatore è il professor Franco Locatelli. Nel mondo finora sono stati trattati con Car-T solo una cinquantina di pazienti con malattie reumatologiche, la maggior parte dei quali in Germania. Le cellule B sono tra i principali protagonisti delle malattie autoimmuni e questo fa di loro un target terapeutico ideale. Il "bersaglio" più efficace, individuato sulla loro superficie, è l'antigene Cd-19. Negli anni sono state sviluppate molte terapie di anticorpi monoclonali dirette contro vari antigeni delle cellule B, ma in alcuni pazienti con malattie autoimmuni reumatologiche queste non funzionano a sufficienza e le patologie possono esporre i pazienti con le forme più gravi al rischio di una grave insufficienza d'organo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RICERCA
DI FONDAZIONE
GEMELLI
E BAMBINO GESÙ
SULLA TERAPIA
INNOVATIVA

2025



AUTISMO

UN VIDEOGIOCO AIUTA GENITORI E FIGLI

I videogiochi possono avere un ruolo centrale per aiutare bambini e ragazzi che hanno un disturbo dello spettro autistico. Prende il via quest'anno, grazie all'Università di Stanford, lo studio GuessWhat. Al centro c'è un'applicazione che contiene una serie di sciarade, indovinelli e quiz per stimolare la socializzazione dei più giovani. Il lavoro dei ricercatori statunitensi durerà otto settimane e coinvolgerà le famiglie che hanno figli dai tre ai dodici anni con autismo.

Il disturbo non è facile da diagnosticare perché di fatto non esiste un vero e proprio

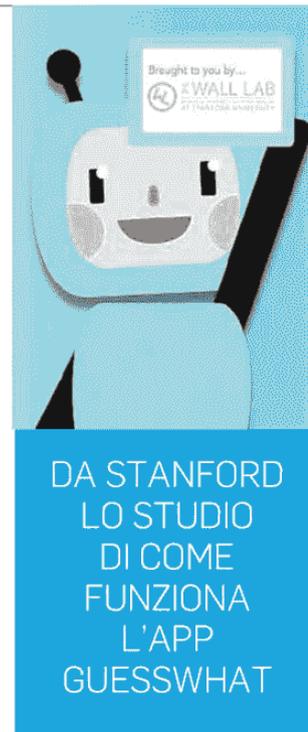
test clinico come può essere invece un esame del sangue per chi soffre, per esempio, di colesterolemia. I medici esaminano il comportamento e lo sviluppo del bimbo: a due anni di vita l'analisi fatta dagli specialisti può essere considerata affidabile. Il progetto GuessWhat sviluppato a Stanford incoraggia i piccoli a fare sport o a essere più felici nella vita di tutti i giorni.

Tutto parte dal lavoro del pediatra Dennis Wall che ha ideato un gioco in grado di coinvolgere genitori e figli. Secondo i dati dell'Osservatorio nazionale autismo-Iss, in Italia la prevalenza di questa con-

dizione nei bambini della fascia d'età tra i 7 e i 9 anni è di circa l'1,35%. Nel 1938 fu Hans Asperger a usare per la prima volta il termine autismo con lo stesso significato con cui viene utilizzato oggi.

Il Dsm-5 (l'ultimo manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali che è stato redatto dall'American Psychiatric Association), inserisce l'autismo tra i disturbi del neurosviluppo e lo classifica in tre livelli di gravità. Nel primo sono stati inseriti anche coloro i quali hanno la sindrome di Asperger. L'autismo a volte è associato ad altri disturbi che alterano la funzionalità del sistema nervoso centrale come l'Adhd (il disturbo del deficit di attenzione), l'epilessia, la sindrome dell'X fragile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INFETTIVOLOGIA

IL FARMACO DELL'ANNO FERMA L'INFEZIONE DA HIV

La rivista *Science* ha definito lenacapavir "Breakthrough of The Year", e cioè "Scoperta dell'anno" (2024) in quanto rappresenta "un passo verso la riduzione dell'Hiv come crisi sanitaria globale". Impedisce l'infezione.

L'Organizzazione mondiale della Sanità ha convocato il Guideline Development Group per l'elaborazione di nuove linee guida sull'uso del farmaco iniettabile come profilassi pre-esposizione (Prep) contro l'Hiv. Il gruppo di lavoro dovrà valutare efficacia, sicurezza e accettabilità del lenacapavir iniettabile come opzione ag-

giuntiva di Prep per le popolazioni a rischio significativo di infezione.

Lo studio di fase III, ha dimostrato l'efficacia del 96% del farmaco nella prevenzione dell'Hiv. Durante lo studio, il 99,9% dei partecipanti nel gruppo lenacapavir non ha contratto l'infezione. La ricerca è stata condotta su oltre 3.200 persone in Argentina, Brasile, Messico, Perù, Sudafrica, Thailandia e Stati Uniti.

L'uso del farmaco per la prevenzione dell'Hiv è sperimentale, non è stato ancora approvato in alcun Paese. Lenacapavir è approvato in diversi Paesi, tra i quali l'Italia, per il tratta-

mento degli adulti con infezione da Hiv-1 resistente ai farmaci. L'azienda produttrice, Gilead, ha firmato accordi di licenza volontari senza royalty con sei produttori di farmaci generici per produrre e distribuire la molecola per la prevenzione nei Paesi a medio e basso reddito. Dei 39,9 milioni di persone che vivono con l'infezione da Hiv, tre su quattro sono attualmente in cura. Ma quasi un quarto della popolazione mondiale che vive con Hiv, 9,3 milioni di persone, non riceve ancora le cure salvavita. La conseguenza è che ogni minuto, una persona nel mondo muore per patologie correlate all'Aids. Le nuove diagnosi di Hiv nel 2023, in Italia, sono state 2.349, in aumento rispetto alle 2.140 del 2022 e vicine alle 2.510 registrate nel 2019.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCELTA DI "SCIENCE" LENACAPAVIR GIOCA D'ANTICIPO EFFICACIA AL 96%



TECNOLOGIA



PRESENTATO
AL CES
DI LAS VEGAS:
TRASMETTE
DA REMOTO
I DATI AI MEDICI

LO STETOSCOPIO DIGITALE PER SENTIRE I POLMONI

Potrà diventare in casa uno strumento comune come il termometro. È stato presentato proprio in questi giorni al Ces di Las Vegas lo StethoMe, uno stetoscopio digitale che, grazie all'intelligenza artificiale, riesce a capire se bisogna preoccuparsi o meno dopo un colpo di tosse.

Lo strumento rileva i "suoni anomali" e può mandare i dati anche al proprio medico o allo specialista. Impegnati a sviluppare l'applicativo molti medici che hanno descritto oltre 1.500.000 di campioni sonori che hanno insegnato all'algoritmo a classificare i suoni e riconoscere quelli sibilanti (che compaiono spesso davanti a casi di asma bronchiale, bronchioliti e nelle infezioni del tratto respiratorio superiore) ma anche i rantoli grossolani (che invece possono essere conseguenza di polmoniti e bronchiti). Le ricerche scientifiche svolte dimo-

strano un'elevata efficienza dell'intelligenza artificiale proprio per l'auscultazione dell'apparato respiratorio. Questi strumenti si aggiungono alle altre soluzioni hi-tech che già oggi valutano la frequenza cardiaca, la percentuale di ossigenazione del sangue, la temperatura corporea. Sempre più dispositivi tengono traccia dei valori clinici non solo sul proprio smartphone, in applicazioni dedicate. Permettono infatti di far confluire i dati direttamente sui sistemi controllati dai medici che possono così valutare il migliore trattamento da seguire.

Milioni di persone ogni anno soffrono di malattie respiratorie: si va dal mal di gola della classica influenza stagionale alla bronchite fino alla polmonite. Senza contare, poi, chi ha l'asma, una malattia respiratoria cronica in cui i bronchi si restringono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MALATI DI SOLITUDINE LA SPIA DELLE PROTEINE

L'isolamento sociale è un'emergenza globale: per l'Oms è una vera minaccia, aumenta il rischio di gravi malattie. Uno studio delle università di Cambridge e Fudan trova la chiave nei proteomi. Obiettivo: tutela del sistema immunitario

CARLA MASSI

N

on è solo compagnia. Ma soprattutto protezione, forza, aiuto, condivisione, sicurezza, "specchio" continuo. L'amicizia come cura capace, per citare Battiato, di sollevare dai dolori e dagli sbalzi d'umore. Soprattutto oggi che la solitudine viene dichiarata dall'Oms "una minaccia alla salute globale degli individui e delle comunità".

Il problema della solitudine e dell'isolamento sociale supera i confini geografici e generazionali: si riscontra in modo trasversale in diverse età e in diversi Paesi, e ha impatti gravi sulla salute mentale e fisica e sul benessere degli individui e delle comunità.

Negli anziani, la solitudine è associata a un aumento del rischio del 50% di sviluppare demenza e a un aumento del 30% di probabilità di avere ictus o episodi di coronaropatia. La solitudine impatta anche sulle nuove generazioni. Secondo alcuni studi, anche dell'Onu, tra il 5 e il 15% degli adolescenti sarebbero isolati socialmente e vi-

vrebbero elevati livelli di solitudine. Nonostante le "amicizie" dei social.

L'INIZIATIVA

Per affrontare l'epidemia di solitudine, in quanto condizione che si sta espandendo in maniera preoccupante, l'Organizzazione mondiale della Sanità ha istituito per il triennio 2024-2026 una commissione specifica, chiamata "Commission on Social Connection", per mettere a punto un'agenda e una serie di azioni volte a promuovere consapevolezza e affrontare il rischio di isolamento sociale e solitudine nella popolazione. «Coloro che mancano di connessioni sociali robuste sono maggiormente esposti a rischi quali ictus, ansia, demenza, depressione e persino suicidio», sottolinea



il direttore generale dell'Oms, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

L'Unione Europea ha posto al centro della sua agenda sociale la questione della solitudine. Per affrontare questa sfida a febbraio prenderà infatti il via "Lonely-EU", un progetto internazionale intitolato "The Social Isolation and Loneliness in Europe Network: Evidence-Based Policy Recommendations on its Causes, Consequences, and Monitoring".

Contrariamente alla credenza comune che questi problemi colpiscano prevalentemente gli anziani nei Paesi ad alto reddito, le evidenze suggeriscono un impatto trasversale su tutte le fasce d'età e in diverse regioni del globo. Un quarto degli anziani sperimenta l'isolamento sociale. La mancanza di connessione sociale, secondo l'Oms, comporta un rischio di morte prematura equivalente, o addirittura maggiore, a quello di altri fattori di rischio meglio conosciuti, come il fumo, il consumo eccessivo di alcol, l'inattività fisica, l'obesità e l'inquinamento atmosferico. Le evidenze scientifiche, dunque, disegnano, in modo drammaticamente preciso, gli effetti su fisico e psiche della solitudine. Rendendo palese l'inequivocabile valore dell'amicizia.

LO SCUDO

Il quotidiano vissuto da solitario espone, oltre che a un alto rischio di malattie cardiache e ictus, anche a una maggiore suscettibilità alle infezioni. Le relazioni sociali, si può dire, hanno un potere simile a quello del sistema immunitario (proteggono da attacchi esterni), irrobustiscono le naturali difese dell'organismo, potenziano lo stato di benessere. Mettendoci al riparo da malattie cardiache e diabete di tipo 2.

Come si legge nelle conclusioni di uno studio dell'Università di Cambridge in Gran Bretagna e dell'Università di Fudan in Cina pubblicato su *Nature Human Behaviour*. Sono state analizzate le proteine in campioni di sangue di oltre 42mila adulti, tra 40 e 69 anni. Risultato: l'isolamento sociale e la solitudine impattano sulla salute, peggiorando in modo grave le condizioni generali di coloro che vivono lontano dal mondo.

LA SORPRESA

Focus, l'azione delle proteine. I ricercatori hanno analizzato quali fossero presenti in livelli più elevati tra persone socialmente isolate o sole, quindi potenzialmente correlabili a una salute più scadente. Una volta analizzati i proteomi (l'insieme delle proteine prodotte o modificate da un organismo o un sistema biologico) e selezionati per età, sesso, status socioeconomico, i ri-

cercatori hanno identificato 175 proteine correlabili all'isolamento sociale e 26 alla solitudine, di cui l'85% comuni per isolamento sociale. Parliamo delle cosiddette "proteine della solitudine".

È emerso che molte di queste proteine vengono prodotte in risposta a infiammazioni o infezioni virali. Correlabili a malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, ictus e morte precoce. «Le proteine che abbiamo identificato forniscono importanti informazioni sulla biologia alla base della cattiva salute in persone socialmente isolate o sole, evidenziando il ruolo cruciale delle relazioni sociali nel mantenimento di uno stato di salute. Nostro compito è quello di identificare le diverse strategie per affrontare questo problema crescente» spiegano i ricercatori.

Tra le proteine correlate in misura maggiore alla solitudine vi è l'Adm che svolgerebbe un ruolo importante, da precedenti studi di letteratura, nella risposta allo stress e nella regolazione degli ormoni stress correlati e di alcuni ormoni sociali fra cui l'ossitocina, noto come l'ormone dell'amore, che può ridurre lo stress e migliorare l'umore. Tra le proteine degne di nota c'è anche l'Asgr1 che è stata associata a livelli più elevati di colesterolo e, di conseguenza, a un rischio pericolosamente aumentato di malattie cardiovascolari.

Non solo. Ci vorrebbe un amico perché abbiamo bisogno, sempre a ogni età, di qualcuno accanto che ci ricordi che cosa vuol dire prendersi cura del nostro corpo e della nostra mente. Lo ricorda una ricerca dell'Università del Michigan: chi può contare sulla forza dell'amicizia tende a proteggersi più di chi vive lontano dalle relazioni. Perché gli occhi dell'altro aiutano a guardarsi dentro e a non imbrogliarsi.

Avere almeno un amico stretto non solo migliora la qualità della vita, dunque, ma contribuisce anche a scelte più sane, come seguire le terapie mediche per mantenere uno stile di vita attivo. La ricerca, inoltre, rivela che gli uomini tendono ad avere meno amicizie strette rispetto alle donne. Tra coloro che dichiarano di avere disturbi mentali il 20-25% (il 18% tra quelli che hanno problemi fisici) dichiara di non avere amici stretti.



GENDER GAP NEANCHE LA CURA DEL DOLORE È ALLA PARI

I medici sottostimano la sofferenza delle donne che, allo stesso tempo, temono di dire quanto male percepiscono perché pensano di non essere capite
A dimostrarlo è una ricerca pubblicata sulla rivista scientifica Pnas

MARIA RITA MONTEBELLI

N

ell'epoca della medicina di genere, anche il dolore, o meglio la sua percezione, non poteva sfuggire all'analisi delle differenze tra uomo e donna. Ma attenzione ai pregiudizi, a quelli che dipingono le donne come eroine, capaci di sopportare il dolore meglio degli uomini, come anche a quelli che le descrivono come lamentose seriali, da non prendere troppo in considerazione. Il problema nasce dal fatto che il dolore è una sensazione squisitamente soggettiva, che non può essere misurato con un esame del sangue o una radiografia. La Scienza ha dimostrato che le donne hanno una soglia del dolore inferiore a quella della controparte maschile. Ma i medici sembrano ignorarlo. A puntare il dito contro i pregiudizi di genere nella gestione del dolore arriva uno studio di Mika Guzikevits e colleghi della Hebrew University Business School di Gerusalemme, pubblicato sulla rivista *Proceeding of the National Academy of Sciences* (Pnas). Gli autori sono andati a esaminare i database di vari dipartimenti di emergenza, ponendo particolare attenzione alle lettere di dimissione dei pazienti che si erano recati in pronto soccorso per dolori di varia natura, per un totale di circa 22 mila casi. Dall'in-

dagine sono emerse evidenti disparità di genere nella gestione del dolore.

In particolare, l'intensità-dolore riferita da una donna aveva una minor probabilità di essere registrata dagli infermieri, che per qualche motivo tendono a giudicare il dolore delle donne come meno intenso di quello dei maschi. Lo stesso studio rivela anche che le pazienti passano in media almeno mezz'ora in più in pronto soccorso rispetto agli uomini. Infine, al momento della dimissione dal pronto soccorso le donne hanno meno probabilità di ricevere la prescrizione di un anti-dolorifico rispetto ai maschi.

Insomma, il dolore delle donne viene preso meno in considerazione, gestito meno efficacemente e con tempi più lunghi. E per ironia della sorte, la diversa presa in carico del sintomo-dolore tra i due sessi, persiste anche quando il curante è una donna. Insomma questo studio mette in luce un evidente sotto-trattamento del dolore nelle donne. Un dato allarmante che porta gli autori a concludere che è necessario intervenire a diversi livelli



per approfondire i pregiudizi psicologici alla base del comportamento di medici e infermieri in questo contesto e per assicurare dunque un equo, imparziale ed efficace trattamento del dolore nei pazienti appartenenti ad entrambi i generi. Eppure il problema degli stereotipi di genere nella gestione del dolore non è argomento recente. Che il dolore delle donne venga costantemente sottostimato e sotto-trattato è noto da tempo. E a fare "sconti" sul trattamento del dolore sono tanto i medici quanto le dottoresse. Quando un paziente si reca dal medico per un dolore si aspetta di essere preso sul serio e di convincerlo che il suo dolore è reale e che meriti di essere preso in seria considerazione. Le donne fanno in genere un'esperienza diversa perché temono che a causa degli stereotipi e dei pregiudizi di genere il medico possa concludere che il dolore da loro riferito non sia in realtà così grave come loro dicono. Un sospetto purtroppo più che valido, visto che sono molti gli studi – l'ultimo quello pubblicato su Pnas – a suggerire che il personale sanitario tenda di solito a sotto-stimare il dolore delle donne. Tutto nasce dalla convinzione che le donne siano ipersensibili al dolore e che tendano dunque ad esagerarne l'intensità; e partendo da questo stereotipo ecco che in cartella clinica tanto i medici quanto gli infermieri (e non importa

se donne o uomini) tendono a fare "sconti" sull'intensità del dolore riferita dalle pazienti, a parole o con linguaggio non verbale. E la logica conseguenza di questo è che il sintomo riferito da quella paziente non riceverà un trattamento adeguato; lo "sconto" insomma continuerà ad applicarsi anche sui farmaci anti-dolorifici, mentre in alcuni casi, al posto dei farmaci, verrà consigliato alla paziente di rivolgersi allo psicologo, andando a negare la componente organica del loro problema.

LA SOGLIA

L'iter narrativo del sotto-trattamento, quindi è: le donne sopportano meno il dolore perché hanno una soglia più bassa e lo tollerano meno bene degli uomini; quindi il sintomo che riferiscono nella realtà è molto meno intenso di quanto loro stesse credano. Un atteggiamento pericoloso nel caso di un dolore acuto, che se non indagato correttamente potrebbe portare a non diagnosticare un grave problema di salute. Ma anche per quanto riguarda il dolore cronico (che duri cioè da più di tre mesi e interferisca con le normali attività della vita quotidiana) che, se non trattato adeguatamente, può portare gravi ricadute: dall'ipertensione, alle complicanze cardiovascolari; dalla limitazione dei movimenti, ai problemi cognitivi e di salute mentale. Condannando chi ne soffre ad una peggiore qualità di vita.

PER LEI
MENO FARMACI
ANTI-DOLORIFICI
DOPO LA DIMISSIONE
DA UN PRONTO
SOCCORSO

La percezione del dolore è soggettiva. Alcuni studi dimostrano un forte divario di genere causato anche dagli stereotipi



Mind the gap
è la sezione
dedicata alle
differenze di
genere tra
uomini e donne
in campo culturale,
economico,
sociale,
professionale



UN FILM AL CINEMA IL TOCCASANA PRESCRITTO DAL MEDICO



Riduce ansia e stress, fa sentire meno il dolore, modifica il battito del cuore e arriva persino a cambiare il microbiota intestinale: i ricercatori indicano la cultura a complemento delle terapie

GIAMPIERO VALENZA

C

armine e Celestina sopravvivono alla Napoli del dopoguerra. Sono piccoli, ma decidono entrambi di imbarcarsi e fare il viaggio più lungo della loro vita,



verso l'America. Il film di Gabriele Salvatores, *Napoli-New York*, è una delle pellicole che cura l'animo perché racconta di avventure e speranze, e che spiega che, in fondo, insieme si riescono a superare gli ostacoli più grandi. Medicinema, l'organizzazione no profit che si occupa di cinematerapia, lo ha inserito tra le pellicole che proprio di recente sono state proiettate al policlinico Gemelli di Roma e all'ospedale Niguarda di Milano. Perché ci sono film che, più di altri, hanno un forte effetto curativo.

L'ANALISI

A dimostrarlo c'è anche un recente studio pubblicato sul *Medical journal of Australia* e realizzato dall'Università di Bristol che conferma che vedere un film può persino incidere sul microbiota intestinale: le pellicole che presentano pasti o cibi tipici della dieta occidentale, con un alto contenuto di zuccheri e grassi, possono avere effetti negativi generali sulla composizione delle famiglie di batteri nell'intestino. Altri lungometraggi che riprendevano gli attori mentre mangiavano fibre o prodotti con polifenoli hanno dimostrato invece di avere un effetto virtuoso. Nel 2017 fu proprio un monitoraggio di Medicinema a notare che grazie alla cinematerapia ansia e stress dovuti al ricovero si sono ridotti del 35%, soprattutto nei bambini. E c'è stato un crollo del 25% della percezione del dolore. «Il cinema è una forma di cura complementare sempre più riconosciuta - dice Marina Morra, responsabile Lazio di Medicinema - Ora stiamo lavorando con il dipartimento di psichiatria del Gemelli con un progetto sulla fragilità emotiva coinvolgendo le pazienti e i loro compagni. E con il dipartimento di psicologia stiamo sostenendo i bambini con patologie neurologiche complesse». La cultura, dunque, fa bene alla salute e non c'è solo l'aspetto dell'intrattenimento a incidere sul benessere complessivo della persona. Lo

sanno a Firenze, dove all'ospedale Santa Maria Annunziata del Comune di Bagno a Ripoli una commissione di medici si è riunita - con una consulente esterna esperta di cinematografia - per individuare i lungometraggi in grado di aiutare i pazienti. E così è nata Cineospedali, una rassegna capace di rivolgersi ai degenti della struttura ma anche gli operatori sanitari per creare una sorta di "effetto pausa", determinando uno stato di benessere che poi si riscontra a livello psicologico. Nell'auditorium dell'ospedale si proiettano i film "che fanno bene" che proprio la commissione ha valutato come meritevoli di essere inseriti in un programma capace di toccare non solo comportamenti e atteggiamenti (coinvolgendo quindi gli aspetti psicologici) ma anche alcune malattie e i loro trattamenti. Ci sono pellicole che aiutano più di altre a parlare di patologie e ad aiutare a superare momenti difficili. Riflettori accesi sulla gravidanza con *Senti chi parla*, sulla psicoanalisi con Caruso Paskoski, sull'ansia e l'ipocondria con *Maledetto il giorno che t'ho incontrato*. «Nella letteratura scientifica ci sono molti riferimenti al ruolo benefico della cinematerapia, a cominciare dalla prevenzione del suicidio, allo sviluppo delle attività legate alla memoria fino all'aderenza ai trattamenti oncologici o alla preparazione a esami un po' più invasivi come la colonscopia», spiega Elettra Pellegrino, direttrice dell'ospedale Santa Maria Annunziata dell'azienda sanitaria Usl Toscana Centro. Nella sala di Firenze siedono - da spettatori - medici e pazienti. «Assistere a un film insieme può persino spingere ad allineare il battito cardiaco con gli altri presenti», dice ancora. Una delle fautrici dell'iniziativa è Silvia Pecorini. «L'esperienza cinematografica può essere rigenerante - racconta - crea una connessione sociale che si oppone a quella virtuale dei social. Poi essere in uno stato "di flusso" come quello del cinema è rigenerante per il nostro cervello iperstimolato: perdersi in una pellicola sul grande schermo mette infatti in campo il gioco dei famosi neuroni specchio. Guardare un film

proiettato comporta l'oscillazione dei nostri occhi con movimenti molto ampi che equivalgono sostanzialmente alla fase Rem». Tra i film vengono indicati *Amici Miei* di Monicelli per far accettare il senso del tempo che passa e l'invecchiamento, *La vita è meravigliosa* di Frank Capra per raccontare «in modo leggero cosa significa donarsi agli altri», prosegue Pecorini.

IN SCENA

Se il cinema fa bene alla salute non è da meno il teatro. In Emilia-Romagna ci sono i medici che lo prescrivono ai bambini. A lanciare l'iniziativa è stata Ater Fondazione che ha coinvolto 260 pediatri e 42 Centri per le famiglie. Oggi "Sciropo di teatro" è alla sua quarta edizione: nasce nel 2021 come risposta all'isolamento prodotto dalla pandemia di Covid-19. Nato da un'idea di Silvano Antonelli - autore, attore ed esperto di teatro per ragazzi - è dedicato ai bambini tra i 3 e gli 11 anni. Fino al prossimo 13 aprile saranno oltre 80 gli spettacoli messi in scena: dal teatro di figura a quello di narrazione, passando per i pupazzi, i burattini, gli oggetti animati, le clownerie, il teatro d'attore, le videoproiezioni, la musica dal vivo. Ai più piccoli viene dato anche un bugiardino, chiamato proprio come quello dei farmaci: un libretto che è possibile usare per scrivere e raccontare la propria esperienza e le loro emozioni dopo l'evento. «La cultura e il teatro sono strumenti in grado di accogliere e rispondere a un'ampia gamma di bisogni», dice Natalino Mingrone, presidente di Ater. «La crescente partecipazione al progetto da parte di pediatri, centri famiglie e teatri conferma che la sinergia del mondo culturale con i servizi sanitari e di cura è un potente moltiplicatore di opportunità - educative e sociali - per bambini e famiglie», conclude.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN EMILIA-ROMAGNA
I PEDIATRI
SUGGERISCONO
DI PORTARE I BIMBI
A VEDERE
SPETTACOLI TEATRALI



L'ANALISI

LOTTA ALLE INFEZIONI DALLA MANOVRA UNA SPINTA ALLA RICERCA DI NUOVI ANTIBIOTICI

CARLA MASSI

La pandemia di Covid-19 ce lo ha insegnato. Quando l'infezione diventa globale non c'è Paese che si trova davvero pronto a fronteggiarla. Perché arriva a sorpresa, perché è l'emergenza a dettare le regole, perché ci si deve improvvisamente adattare a un nuovo (non sempre collaudato) sistema, di tutela, prevenzione e cura.

Da qui la "corsa" post pandemia a creare rinnovate strategie di difesa. L'Oms come la Comunità europea, i governi e le società scientifiche hanno iniziato a mettere in moto una rinnovata macchina capace di proteggerci da virus e batteri. Ma non siamo in una situazione da poter star tranquilli. Nonostante i progetti nel mondo intero.

È proprio l'Oms a disegnare la realtà: «L'arrivo di una nuova pandemia è solo una questione di quando, non di se. E dobbiamo prepararci, ancora oggi non lo siamo. Ma abbiamo adottato misure significative per rafforzare le difese», fa sapere il direttore dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus. Se la prossima pandemia si verificasse oggi, dunque, il mondo potrebbe trovarsi ancora ad affrontare alcune delle stesse debolezze e vulnerabilità che hanno portato alla diffusione del Covid-19.

Preoccupazione globale è anche quella della diffusa inefficacia di molti antibiotici

contro le infezioni batteriche. Considerata oggi una delle dieci principali minacce per la salute pubblica a livello mondiale. L'Oms ogni anno, a novembre, organizza la "World Amr Awareness Week" la settimana mondiale per sensibilizzare sull'antimicrobico resistenza. Responsabile, solo in Europa, di più di 35.000 decessi all'anno.

Le notizie confortanti, tra eliminazione di malattie in molti Paesi e la somministrazione di vaccini per le popolazioni in difficoltà, continuano ad arrivare dai centri di ricerca ma molte sfide sono ancora aperte. Permane, infatti, la minaccia di focolai, epidemie e pandemie. Oltre alla resistenza agli antibiotici e alla lentezza (perché poco finanziate le ricerche) a crearne di nuovi. È stato recentemente presentato all'Istituto superiore di Sanità il bilancio del primo anno di lavoro della task force Inf-Act, (Fondazione One Health basic and translational research actions addressing unmet needs on emerging infectious diseases) che coordina un progetto sul tema delle malattie infettive emergenti, finanziato nell'ambito del Pnrr con 114,5 milioni di euro. Il Consorzio Inf-Act, in un anno, ha creato una vera task force: 500 ricercatori impegnati su 5 temi di ricerca e distribuiti in 15 atenei e 9 enti di ricerca pubblici e privati su tutto il territorio na-



zionale.

Durante una recente Assemblea generale delle Nazioni Unite a New York i leader mondiali si sono impegnati ad adottare una serie di misure per contrastare la diffusione della resistenza antimicrobica. E anche da noi si è deciso di partecipare alla lotta. Con l'approvazione dell'ultima legge finanziaria, l'Italia ha scelto di fare un passo in più contro le infezioni batteriche resistenti agli antibiotici e contro l'epatite C (gli screening contro questa infezione sono stati prolungati fino al 31 dicembre 2025). La manovra, infatti, ha previsto l'assegnazione di 100 milioni di euro per il fondo destinato agli antibiotici innovativi. Una misura accolta con favore dalla comunità scientifica, in particolare dalla Società italiana Malattie infettive e tropicali.

D'altronde l'armeria che oggi si ha per vincere le infezioni con gli antibiotici risulta essere datata. E la prova è, spesso, l'i-

nefficacia contro le patologie.

Gli antibiotici attualmente disponibili sono basati su scoperte di circa 30 anni fa: dal 2017 sono stati approvati solo 12 nuovi antibiotici, 10 dei quali appartengono a classi già note. E questo perché fare ricerca su questo tipo di farmaci non è facile, soprattutto per gli scarsi ritorni economici e la quantità di tempo richiesta. Fattori che scoraggiano gli investimenti di molte aziende. Oggi, grazie all'intelligenza artificiale, potrebbe diventare possibile sviluppare nuovi antibiotici in modo molto più facile e più veloce.

L'Oms ha condotto una revisione sul "patrimonio" globale antibiotico: il documento evidenzia che dei 27 antibiotici in studio, solo sei sono considerati sufficientemente "innovativi" per superare la resistenza antimicrobica.

NELLA FINANZIARIA
100 MILIONI
PER COMBATTERE
LA RESISTENZA
ANTIMICROBICA
E L'EPATITE C



L'INTERVENTO

PER I DISTURBI ALIMENTARI L'INTERVENTO SIA TEMPESTIVO

MATTEO BALESTRIERI*

Più di 3 milioni e mezzo di persone, in Italia, convivono con un disturbo della nutrizione come anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata.

L'organizzazione dei servizi che si occupano di questi pazienti sta crescendo, ma i centri sono ancora pochi e mal distribuiti. Come si evince dalla mappatura territoriale diffusa dall'Istituto superiore di sanità.

Sono 180 le strutture sul territorio nazionale, tra centri di cura e associazioni, che si occupano di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. La mappatura conta 132 centri di cura (105 appartenenti al servizio sanitario nazionale, 27 al sistema del privato accreditato) e 48 associazioni. I centri sono 63 al Nord, 45 al Sud e Isole e 24 al Centro Italia. Le associazioni sono 30 al Nord, 10 al Centro e 8 al Sud. Generalmente le strutture prendono in carico utenti dai 13 ai 45 anni, il 18% afferma di poter prendere

in carico bambini under 6 e il 51% tra 7 e 12 anni.

I disturbi del comportamento alimentare, dall'anoressia alla bulimia, colpiscono sempre prima, tanto che nei centri si segnalano casi a 6-7 anni. Un disagio profondo e complesso quello che porta a questi disturbi le cui cause sono sia sociali sia legate al vissuto personale. E se con la pandemia si è assistito ad una esplosione di queste patologie, il numero dei casi resta tuttora alto e si è ancora lontani dai livelli pre-Covid.

Sono diversi i contributi necessari per intervenire in modo efficace sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, che coinvolgono diverse professionalità: psichiatri, psicologi, educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, internisti, nutrizionisti e dietisti. Si tratta di disturbi che presentano caratteristiche legate certamente alla sfera psicologica-psichiatrica, ma hanno anche un'importante componente fisica e

nutrizionale che deve essere monitorata.

I livelli di intervento sono quindi diversi: si va da quello ambulatoriale a semiresidenziale e diurno, con la possibilità brevi soggiorni in day hospital per il monitoraggio dello stato fisico fino anche ai ricoveri. Va ricordato anche il ruolo delle strutture residenziali che permettono un accoglimento più lungo e che sono distribuiti in maniera molto disomogenea sul territorio nazionale.

Per questi disturbi, così come del resto in molti altri campi della Psichiatria e non solo, intervenire precocemente significa abbreviare la durata della malattia e ridurre il rischio che si aggravino. Lasciare passare tempo significa invece peggiorare la prognosi e rendere difficili gli interventi successivi.

**Professore di Psichiatria all'Università di Udine, presidente della Società italiana di Psicopatologia alimentare*



15 gen
2025

NOTIZIE FLASH

S
24

Unimi: innovativo studio “in vivo” su come migrano le cellule tumorali

Un team di scienziati coordinati dall'Università Statale di Milano ha osservato “in vivo”, grazie a tecniche di imaging avanzate, la migrazione delle cellule tumorali nei tessuti viventi, rivelando il meccanismo con cui si spostano all'interno del corpo. Lo studio, pubblicato sulla rivista Proceedings of the National Academy of Science (PNAS) sarà cruciale per identificare nuove strategie di intervento sulle metastasi.



“Abbiamo analizzato le deformazioni indotte dalle cellule nella matrice extracellulare e abbiamo osservato come le cellule si facessero largo tra i tessuti comprimendoli - spiega Stefano Zapperi, professore al Dipartimento di Fisica “Aldo Pontremoli” dell'Università degli Studi di Milano e coautore dello studio - mostrando come la presenza di un tessuto che racchiude e comprime il tumore gioca un ruolo chiave nell'organizzazione e nel moto delle cellule tumorali”.

“Un aspetto molto interessante - sottolinea Caterina La Porta, docente di Patologia Generale del dipartimento di Scienze e Politiche Ambientali dell'Ateneo e coordinatrice dello studio - è che la migrazione collettiva delle cellule tumorale sfrutta le vie utilizzate dai linfociti T del nostro sistema immunitario”. Secondo La Porta, “i nostri risultati contribuiscono a chiarire i modelli di migrazione delle cellule tumorali in vivo e forniscono indicazioni quantitative per lo sviluppo di modelli realistici in vitro e in silico (simulazione matematica al computer)”.

15 gen
2025

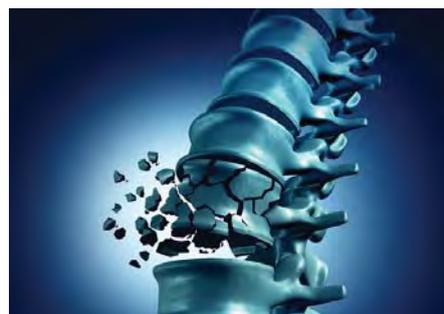
DAL GOVERNO

S
24

Iss: 10 miliardi l'impatto delle fratture da fragilità, l'ipotesi di un Registro nazionale

Le fratture da fragilità, quelle cioè dovute ad un indebolimento dell'osso, principalmente a causa dell'osteoporosi, sono un problema importante per la sanità pubblica, che rischia di avere un peso sociale ed economico sempre maggiore a causa dell'invecchiamento della popolazione. Se ne è discusso oggi al convegno 'L'impegno italiano per le fratture da fragilità', organizzato dall'Iss in collaborazione con l'Osservatorio Fratture da fragilità (OFF Italia), durante il quale sono stati affrontati i temi dell'epidemiologia e della prevenzione del fenomeno e si è discusso dell'utilità dell'istituzione di un monitoraggio dedicato, che possa sfociare eventualmente in un registro ad hoc. "La prospettiva di un Registro italiano sulle fratture da fragilità - sottolinea il ministro della Salute, **Orazio Schillaci** - assume particolare rilevanza nel contesto italiano: un sistema di monitoraggio capillare permetterebbe di raccogliere dati preziosi su frequenza e esiti delle fratture, facilitando l'elaborazione di politiche mirate".

"Le fratture da fragilità che interessano la popolazione di età avanzata e i pazienti affetti da malattie rare dell'osso rappresentano un serio problema di salute nella popolazione italiana - aggiunge il presidente dell'Iss, **Rocco Bellantone** -. Attualmente, si stima che le fratture da fragilità possano impattare sulla spesa sanitaria del nostro Paese per un importo di circa 10



miliardi di euro all'anno con un possibile trend in crescita legato all'invecchiamento”.

Ogni anno 100mila ricoveri per fratture del femore

Secondo uno studio presentato durante l'evento il 4% della popolazione italiana è in una condizione di fragilità, una percentuale che aumenta con l'età, al punto che oltre il 50% degli over 65 è considerato 'pre-fragile'. I siti principali per le fratture da fragilità sono polso, omero, vertebre e femore, e in particolare queste ultime sono tra quelle più debilitanti e pericolose. Uno studio sulle schede di dimissione ospedaliera ha rilevato che ogni anno sono circa 100mila i ricoveri per fratture del femore negli over 65 in Italia. Il dato è risultato in forte crescita dal 2001 al 2015, mentre dopo questo periodo i valori sono stabili (con l'eccezione di un calo negli anni del Covid), un fenomeno che potrebbe essere associato a una maggiore sensibilità nell'adottare misure di prevenzione. Se il numero assoluto è costante, si deduce sempre dallo studio, l'incidenza, cioè il numero di fratture su 100mila abitanti, è infatti in calo, e per gli over 80 sono passate da 2500 a 1500 tra il 2001 e il 2023. Il trattamento tramite dispositivi (protesi o fissazione) è l'opzione preferita, continua a crescere e copre circa l'85% dei casi nel 2023. Proprio a proposito dei farmaci, è stato presentato uno studio basato sul rapporto Osmed dell'Aifa secondo cui c'è una percentuale significativa di bassa aderenza alle terapie, che supera il 10% negli uomini ed è più bassa, poco superiore al 6%, nelle donne.

“Il problema delle fratture da fragilità è importante da sempre. Non esiste famiglia italiana che non sia stata toccata dalle conseguenze di una frattura da fragilità in un familiare – sottolinea **Maria Luisa Brandi**, presidente dell'Osservatorio sulle fratture da fragilità -. Il problema emerge oggi perché siamo arrivati ad avere i famosi Baby Boomers che si fratturano. E sono tanti e continueranno ad aumentare nel prossimo decennio. Eppure la frattura di femore sarebbe l'evento cronico in età avanzata più prevedibile. Basterebbe usare quanto a nostra disposizione. Lo abbiamo scritto nelle linee guida ma la continuità assistenziale dopo una frattura da fragilità la vediamo in meno del 20% dei casi”.

L'ipotesi di un registro nazionale per le fratture da fragilità

Nel corso del convegno sono stati presentati gli obiettivi della possibile collaborazione tra Iss e Off Italia al fine di esplorare la fattibilità del registro delle fratture da fragilità. Le finalità del registro riguarderebbero una migliore codifica della patologia, la definizione della sua natura e storia naturale e il suo monitoraggio, al fine di intervenire nel migliore dei modi per la sua prevenzione e trattamento. “Il registro – ha sottolineato il direttore generale dell'Iss **Andrea Piccioli** – oltre ad aiutare meglio l'entità

del fenomeno nel nostro paese, può essere un formidabile strumento programmatico che consentirà anche di misurare l'efficacia degli interventi messi in campo e capire come aiutare al meglio i pazienti. Certamente nel futuro si svilupperanno tecniche sempre meno invasive e il soggiorno in ospedale diventerà sempre più breve. La multidisciplinarietà sarà una delle chiavi di volta di questo sviluppo del futuro”.

Per la costruzione del registro, è emerso dal convegno, si può partire dal lavoro già fatto. “Il Registro Italiano ArthroProtesi raccoglie nelle regioni partecipanti i dati delle fratture di femore trattate con protesi che rappresentano mediamente il 30% di tutte le fratture di femore – spiega **Marina Torre**, responsabile scientifica del Registro Italiano Protesi Impiantabili (Ripi) -. Abbiamo progettato il registro RIDIS che raccoglierà le fratture vertebrali. Con un adeguato rafforzamento, questa infrastruttura potrebbe essere la base per un'ipotesi di futuro Registro delle fratture da fragilità. L'approvazione dei regolamenti e un'adeguata infrastruttura informatica sono indispensabili per assicurare la piena operatività dei registri sull'intero territorio nazionale”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

15 gen
2025

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Medici libero professionisti incontrano Aifa: sbloccare l'accesso ai piani terapeutici

“Ai medici liberi professionisti è attualmente precluso l'accesso ai piani terapeutici. Tale limitazione rappresenta un grave disagio per i cittadini che a loro si rivolgono, costretti inevitabilmente ad ingolfare in modo significativo le già lunghe liste di attesa per visite ambulatoriali, i reparti di degenza ordinaria e spesso i Pronto Soccorso, con un ulteriore carico sul lavoro già gravoso dei colleghi del pubblico”. E' il messaggio espresso da una delegazione dell'Associazione Medici e Odontoiatri liberi professionisti, AMOlP, rappresentata da Sergio Di Martino, Loredana Costabile, Paola Fusaro e Gianluigi Rosi, ricevuta dal presidente AIFA Roberto Nisticò.



La rappresentanza dei medici liberi professionisti ha sottolineato come l'impossibilità ad accedere alla prescrivibilità, attraverso i piani terapeutici, di farmaci fondamentali come i nuovi anticoagulanti orali, gli anti diabetici di ultima generazione, le associazioni di farmaci per l'asma, i farmaci biologici (solo per citarne alcuni di una lunga lista), possa determinare “non solo un pericoloso ritardo nell'inizio di terapie fondamentali per la cura dei loro pazienti, ma di fatto una incomprensibile differenza tra coloro che si rivolgono alla sanità pubblica e coloro che si rivolgono alla sanità privata”. E' stato sottolineato come il codice deontologico impegni ogni medico alla tutela della salute individuale, con il principio inviolabile di garantire ad ogni paziente la migliore opzione terapeutica disponibile.

“Tuttavia, i medici privati, impossibilitati alla prescrizione di farmaci con piano terapeutico - sostiene AMOlP - potrebbero essere costretti, loro malgrado, a ripiegare su altre opzioni terapeutiche meno innovative e potenzialmente meno efficaci col concreto rischio di andare in conflitto col codice stesso. Non possono esserci differenze operative tra medici e ciascuno deve poter fornire la propria opera utilizzando tutte le migliori potenzialità terapeutiche e diagnostiche”.

La delegazione ha infine ribadito l’opportunità di ridurre la durata dei piani terapeutici; numerosi farmaci di ormai provata efficacia, come ad esempio il Denosumab, importante farmaco per la cura dell’osteoporosi, sono da anni sottoposti a limitazioni prescrittive non giustificabili con i principi di profilo di sicurezza e di appropriatezza prescrittiva, di fatto acquisite durante il lungo periodo di utilizzo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Città della Salute, profondo rosso Bilancio in perdita per 62 milioni

Strutture obsolete e costi in aumento: i numeri del 2024 in attesa del documento definitivo

ALESSANDRO MONDO

«Prestazioni ad alta complessità in una struttura che sta cadendo a pezzi». La frase di un medico delle Molinette è la sintesi perfetta delle condizioni in cui versa la Città della Salute di Torino, da anni alle prese con una lunga serie di problemi. In primis, conti che non tornano.

Sia chiaro: tornare, non tornano in nessuna Asl, ma l'azienda ospedaliera-universitaria, la più grande del Piemonte e tra le maggiori in Italia, rappresenta un caso a sè. E non a caso, proprio il bilancio consuntivo 2024, da approvare a fine aprile, è il fronte che inquieta di più Thomas Schael, il nuovo commissario di governo che si insedierà a marzo. Il previsionale 2024, già approvato, si chiude con un saldo negativo di 62 milioni. Più o meno la stessa cifra per il previsionale 2025: 59,4. Per rendere l'idea, il consuntivo 2023 era stato chiuso a - 25 milioni. E' vero che per il 2024 parliamo di un bilancio previsionale, quindi di cifre calcolate sulla stima di perdite da certi-

ficare e di poste, cioè di entrate, non del tutto incassate. Ma se il buongiorno si vede dal mattino, c'è poco da stare allegri. Altrettanto vero che anche quest'anno il passivo sarà coperto dalla Regione (come per le altre aziende). La quale, però, ha già il fiato corto di suo, e per questo la Città della Salute rappresenta un problema.

«Ci sono due commissari (ndr: Messori Ioli per il Regina Margherita, Schael per Molinette, Cto, Sant'Anna), che contribuiranno a creare due aziende nuove e a risanare quella parte dell'azienda che ha un bilancio che mette oggettivamente in difficoltà il bilancio della Regione», ha rimarcato Alberto Cirio ieri, a margine di una conferenza stampa in Regione. «Il bilancio della Città della Salute è solo parte di un problema di equilibrio di bilancio sanitario regionale, che si ripercuote su tutte le altre poste - spiega il consigliere Daniele Valle, Pd -. Faccio una facile previsione: tra qualche settimana arriverà un nuovo emendamento al bilancio per raccontare qualche decina di mi-

lioni e tamponare l'emorragia ai danni di cultura, welfare, trasporti».

Restando alla Sanità, e all'azienda in corso Bramante, la parole chiave è, per l'appunto, risanamento". Risanamento contabile e risanamento edilizio, facce della stessa medaglia in un'azienda che, per rendere l'idea, spende 30 milioni l'anno per la manutenzione di locali comunque obsoleti. Se poi si domanda a cosa è dovuto l'incremento dei costi nonostante il susseguirsi di "piani di efficientamento", con e senza advisor, mai risolutivi, l'elenco delle voci di costo è interminabile: dalla farmaceutica ai dispositivi medici, dalla manutenzione ai consumi energetici e delle materie prime. Giusto qualche esempio. Voci, tra l'altro, che negli ultimi due anni hanno registrato un'impennata. Senza considerare le vere e proprie eccellenze - dai trapianti alle terapie per la sclerosi multipla all'impiego delle staminali -, remunerate a livello nazionale e regionale meno dei costi che presuppongono.

Tanto che molti si chiedono se un'azienda così complessa possa effettivamente permettersi di raggiungere il pareggio, se non l'attivo di bilancio. L'attivo magari no, e forse nemmeno il pareggio, ma almeno un passivo meno marcato sì, è la posizione della Regione. Tagliare i costi senza intaccare i servizi: sarà il compito primario del nuovo commissario. —

-25

Milioni, il saldo negativo del bilancio consuntivo, cioè definitivo, deliberato dall'azienda per l'anno 2023

-59,7

Milioni, il saldo negativo del bilancio preventivo deliberato dall'azienda ospedaliera per l'anno 2025

30

Milioni, il costo sostenuto ogni anno per i lavori di manutenzione nei quattro ospedali dell'azienda



CISL: grave carenza di personale, precarietà contrattuale

Sicilia: sanità in affanno

Pronto soccorso tra le maggiori criticità

La sanità in Sicilia è come un malato a cui si somministrano cure sbagliate eppure resiste grazie a un eccellente sistema immunitario e a una costituzione d'acciaio. Da decenni infatti nell'isola le politiche sanitarie non hanno centrato l'obiettivo di elevare gli standard dei livelli assistenziali e di cura, come dimostrano i dati statistici. Il report del ministero della Salute pubblicato a luglio del 2024, ha messo in evidenza che i parametri assistenziali non sono sufficienti. Il sistema è in grande affanno, come raccontano anche le cronache recenti. I pronto soccorso rappresentano il punto di maggiore criticità; spesso sovraffollati, devono far fronte a richieste che potrebbero essere gestite a livello territoriale se la medicina di prossimità fosse più efficace. Le liste d'attesa non si accorciano, i tempi sono lunghissimi. I siciliani che necessitano di visite specialistiche devono attendere tanto, al punto che per questo l'isola detiene uno dei più alti tassi di rinuncia alle cure: il 7,2% degli utenti, dato tra i più alti in Italia. La Sicilia registra inoltre un saldo negativo significativo nella mobilità sanitaria: molti pazienti, non trovando risposte adeguate sul terri-

torio, si spostano in altre regioni per ricevere cure. A pagare le spese di queste criticità sono da un lato gli utenti e dall'altro il personale costretto a operare in condizioni estremamente complesse. La Cisl siciliana ha recentemente lanciato un allarme sulla situazione della sanità regionale, sottolineando l'urgenza di un piano straordinario per affrontare le carenze strutturali. "Siamo fortemente preoccupati rispetto al presente e al futuro della sanità in Sicilia. Il settore è in grave emergenza, come noi da tempo denunciavamo, perché nel corso degli anni non sono mai stati affrontati i nodi veri che hanno portato a questo stato di cose" hanno detto il segretario generale della Cisl Sicilia, Leonardo La Piana, il segretario generale della Cisl Fp Sicilia, Daniele Passanisi, la segretaria generale della Cisl Medici Sicilia, Bruna Vitale, la segretaria generale della Fnp Cisl Sicilia, Rosaria Aquilone e il segretario generale della Fisascat Cisl Sicilia, Stefano Spitalieri, che hanno aggiunto: "I primi dati che balzano agli occhi sono la cronica mancanza di personale medico e sanitario e la precarietà contrattuale nell'ambito dei servizi". "La carenza di organico - hanno dichiarato - anno dopo anno, a

causa dei pensionamenti e delle riorganizzazioni, è diventata insostenibile negli ospedali e in particolare nelle aree di emergenza, che registrano quotidianamente sovraffollamenti con tutte le ovvie conseguenze. La mancata partenza e l'evidente inefficacia della medicina di prossimità sono la prima causa di queste storture, perché sul territorio non si risponde ai bisogni dei cittadini che per questo si rivolgono al pronto soccorso. Sollecitiamo ancora una volta il governatore - hanno sottolineato La Piana, Passanisi, Vitale, Aquilone e Spitalieri - a convocare le sigle sindacali per affrontare insieme questo momento difficile per la sanità siciliana. Le soluzioni a un problema così ampio e complesso non possono essere affrontate senza un'analisi e una programmazione che siano condivise e non calate dall'alto".

Laura Compagnino



STAMPA LOCALE SUD E ISOLE



15 gen
2025

AZIENDE E REGIONI

S
24

Sardegna: i sindacati bocchiano la riforma sanitaria proposta dalla Giunta regionale

di Davide Madeddu

I sindacati bocchiano la proposta di riforma sanitaria della Giunta sarda. Il verdetto negativo è stato pronunciato dai rappresentanti delle organizzazioni Cgil, Cisl, Uil, Ugl e Ccs al termine dell'audizione in Commissione Sanità al Consiglio regionale. Un incontro programmato e convocato per fare il punto sullo stato della sanità nell'isola e, allo stesso tempo, valutare le misure che l'esecutivo intende mettere in campo con la riforma che si appresta a predisporre. Un cambiamento rispetto al passato che dovrà passare anche per il commissariamento delle strutture sanitarie dislocate nell'isola, attraverso una norma regionale.

I rappresentanti dei medici e delle professioni sanitarie hanno manifestato forti perplessità sul provvedimento già illustrato precedentemente dall'assessore alla Sanità Bartolazzi e dalla presidente Alessandra Todde. Per i sindacati sarebbe necessario «ripartire dai territori, e rimettere al centro dell'azione politica la persona, di valorizzare il lavoro». Uno di passaggi dei sindacati è stato quello relativo agli stipendi degli operatori sanitari «i meno pagati d'Italia» e da cui si deve ripartire. Per Roberta Gessa, segretaria regionale della Cgil «non c'è bisogno di nuove riforme». Una delle questioni riguarda poi i territori, come ribadito da Mirko Idili della Cisl: «È lì che si gioca la partita per un'offerta sanitaria di qualità». E proprio dai diversi



territori si levano le richieste di aiuto e anche le proteste per i disagi e disservizi. Dalla carenza di medici di base al poco personale presente nelle strutture sanitarie. L'ultima protesta riguarda la presa di posizione della Funzione pubblica della Cgil della Sardegna Sud Occidentale che parla dei problemi con cui gli utenti devono fare i conti in un'area che conta oltre 150 mila abitanti. I sindacalisti, riferendosi al Sulcis Iglesiente, parlano di «grave criticità della Asl con reparti chiusi: traumatologia, urologia, rianimazione» oltre che «sovraffollamento del Pronto soccorso e delle medicine sia del presidio ospedaliero Sirai sia del Cto» E poi una «contrazione organica del personale soprattutto medico e infermieristico in tutti i reparti, cardiologia compresa». Da qui la richiesta di misure urgenti per affrontare la situazione nell'immediato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA