

27 giugno 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Largo della Sanità Militare, 60

00184 Roma

Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

INCHIESTA

OSPEDALI, ANALISI E TERAPIE NEL NOSTRO PAESE: UN DECLINO CHE SEMBRA INARRESTABILE

SANITÀ IN CODICE ROSSO



Malati nel corridoio di un Pronto soccorso. Le disfunzioni della medicina territoriale spesso portano a un intasamento di questi reparti, che dovrebbero funzionare solo per le emergenze.

Strutture chiuse, Pronto soccorso intasati, medici che emigrano nel privato, anni per prenotare una visita o un esame, differenze vistose a seconda delle regioni. E con la riforma delle autonomie le cose peggioreranno

di **Francesco Anfossi**

E pensare che almeno nel campo della salute noi italiani guardavamo dall'alto in basso l'America, dove se non hai la carta di credito al Pronto soccorso non ti fanno neanche entrare. Merito del nostro Sistema sanitario nazionale, concepito come «unitario, organico, flessibile, solidaristico» dalla grande riforma del 1978: tra i migliori del mondo (se la giocava con la Francia). Quella legge,

firmata da Tina Anselmi, in 40 anni ci ha resi il secondo Paese più longevo del globo dopo il Giappone: da 73,8 anni a 83,6 di aspettativa di vita. Dieci anni guadagnati.

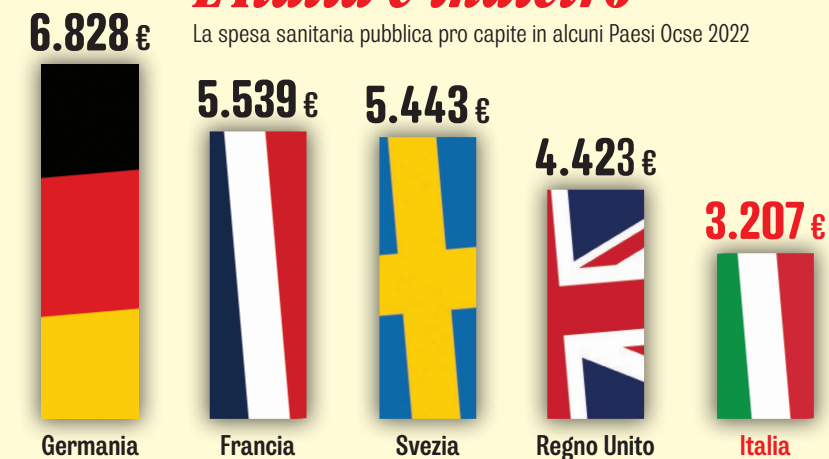
E oggi? Oggi ci stiamo "americanizzando" e infatti crescono gli italiani che ricorrono alle assicurazioni private. Perché la salute ha un prezzo: costano le terapie, gli interventi, gli esami, la prevenzione: una mammografia oscilla tra gli 80 e i 200 euro, una

colonscopia può arrivare a mille euro, in un "mercato" impazzito che varia da regione a regione, da ospedale a ospedale, alla faccia dei famigerati Lep (Livelli essenziali di prestazioni, stabiliti su scala nazionale).

La legge dell'autonomia differenziata, approvata lo scorso 29 giugno, peggiorerà le cose, in un Paese in cui esistono già differenze vistose nei 21 sistemi sanitari regionali. In Trentino Alto Adige l'aspettativa di →

L'Italia è indietro

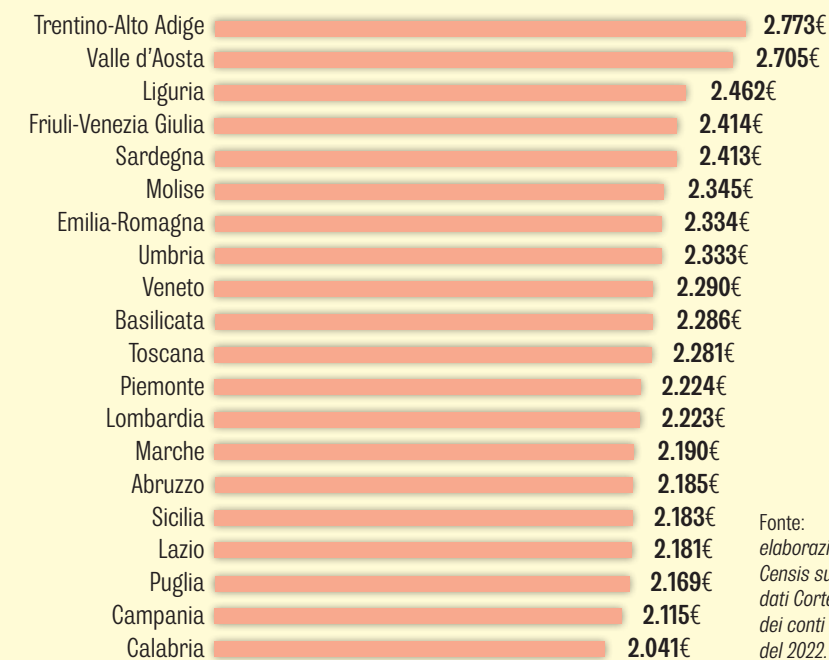
La spesa sanitaria pubblica pro capite in alcuni Paesi Ocse 2022



Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse.

Le differenze regionali

Risorse pro capite regione per regione



Fonte: elaborazione Censis su dati Corte dei conti del 2022.



BRUNO ZUCCARELLI
71 ANNI

INCHIESTA

→ vita per le donne è di 86,5 anni, in Campania 83,6. La mortalità neonatale è di 1,14 neonati per mille abitanti al Nord e 2,24 al Sud. Per Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe (Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze), «la riforma porterà al collasso».

Il dottor Bruno Zuccarelli, segretario Anaa Assomed Campania, spiega perché la sua regione è considerata tra le cenerentole della sanità: «Per 15 anni si è accumulato deficit, così è arrivato il commissariamento, che però ha razionato e non razionalizzato. Con il blocco del turnover abbiamo perso 13 mila tra

medici, infermieri, operatori e tecnici di laboratorio. Si sono chiusi ospedali poco sicuri, ma non è arrivata una medicina territoriale adeguata. Oggi paghiamo il fatto che da noi l'aspettativa di vita è più bas-



PIERINO DI SILVERIO
47 ANNI

sa della media e quindi arrivano minori finanziamenti. Abbiamo il difetto di morire prima». La riforma delle autonomie oltre ad ampliare il divario tra regioni incoraggerà l'esodo sanitario. Già oggi sono 140 mila i malati di Sicilia, Calabria e Puglia che vanno a curarsi altrove (di questi, 62 mila in Lombardia).

E per chi obietta che le prestazioni sono pubbliche e dunque gratuite (a parte il ticket) basterà rispondere che i tempi di attesa, ormai intollerabili, spingono inevitabilmente al privato. L'Italia, con il 6,3 per cento del Pil, spende in salute meno della media europea. La spesa scenderà ulteriormente fino al 5,9 nel 2026. La parola d'ordine è disinvestire, nonostante la carenza di medici e infermieri e i salari inadeguati, mentre si innalzano i tetti alla spesa farmaceutica. La pande-



Fonte: Il Sole 24 Ore.

mia non ci ha insegnato nulla, come ci spiega Pierino Di Silverio, segretario nazionale Anaa Assomed, «sono stati tagliati 35 mila dipendenti soltanto negli ultimi 4 anni, 7 mila unità operative che corrispondono ai reparti di degenza e di cura, è stato smantellato un sistema ospedaliero organizzato senza però creare un sistema territoriale che possa fungere da filtro affinché l'ospedale diventi luogo di cura e non più luogo di diagnosi».

Nel frattempo cresce l'analfabetismo sanitario: sempre meno italiani



MARCO GRILLO
40

ricorrono alle cure e alla prevenzione. Secondo l'ultimo rapporto Istat sul Benessere equo e sostenibile sono passati da quattro milioni a quattro milioni e mezzo gli italiani che rinunciano a curarsi (in maggioranza anziani) per le attese troppo lunghe. Inoltre nel 2022, secondo la

Fondazione Gimbe sempre su dati Istat, 4,2 milioni di famiglie hanno limitato le spese per la salute. Intanto i medici, soprattutto quelli giovani, se ne vanno. Marco Grillo dirigente medico di Urologia dell'Ospedale del mare di Napoli,



Una coda all'accettazione di un ospedale.

ci parla di «insoddisfazione da parte della categoria dei giovani medici perché non ci sono prospettive di carriera, la qualità del lavoro è peggiorata e ci ritroviamo a fare ore e ore di straordinario spesso non pagate. Nei Pronto soccorso ci sono soprattutto codici bianchi e verdi, patologie minori: vuol dire che la medicina territoriale non funziona. Non è possibile che ad oggi nel 2024 ci siano interi quartieri di Napoli e anche alcuni paesi del Vesu-



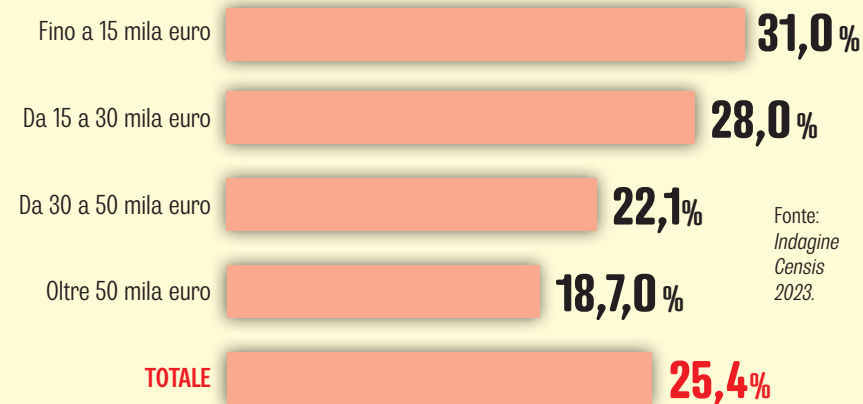
SILVIO GARATTINI
95

viano che non hanno un medico di base». Siamo sempre più poveri di salute. L'oncologo e farmacologo Silvio Garattini, fondatore dell'Istituto Mario Negri, è tra i firmatari di un appello per ribadire l'importanza di un Sistema sanitario ormai in crisi: «La cosa peggiore è la disuguaglianza che si sta creando tra i cittadini. Chi è povero aspetta, ma per chi paga con l'intramoenia o il privato il servizio viene svolto immediatamente. E questo è anticostituzionale perché la nostra Carta dice che tutti i cittadini hanno diritto alla salute».



I poveri: i più danneggiati

Persone che hanno dovuto ritardare le cure per un problema di salute a causa dei tempi di attesa troppo lunghi, divise per reddito familiare.



Fonte: Indagine Censis 2023.

IL RESPONSABILE CEI DELLA MEDICINA CATTOLICA

«NELLA CURA DEGLI ULTIMI FACCIAMO MIRACOLI»

Oltre mille centri di eccellenza per oltre 155 mila addetti tra operatori, infermieri e dottori: «Ma lo Stato ci tratta come un ente a fini di lucro»



Don Massimo Angelelli, 56. A sinistra, una manifestazione a favore della Sanità pubblica.

«Il Vangelo prevede sostanzialmente due cose intimamente legate: l'annuncio messianico e la cura dei malati.

Gesù era un guaritore. Lo è anche Pietro, il primo papa. Dunque la vocazione sanitaria è il 50% del Vangelo». Don Massimo Angelelli è il responsabile dell'area pastorale nella Sanità della Cei: in tutto 1.267 strutture che gestiscono 118 mila posti letto, con oltre 150 mila risorse umane. «Questa vocazione la Chiesa l'ha sempre perseguita, a cominciare dalla concezione universalistica di una cura aperta a tutti, a cominciare da quelli che Francesco chiama "gli scartati"».

Ippocrate e Galeno avevano una visione privatistica, oggi si →



LE LISTE DI ATTESA

Un decreto per accorciare le code: funzionerà?

La salute non può attendere, si dice, ma intanto la sanità è sempre più ritardataria. Secondo il report 2023 di Cittadinanza attiva, in Italia servono in media due anni per una mammografia di screening, tre mesi per un intervento per tumore all'utero che va effettuato entro un mese e due mesi per una visita specialistica ginecologica urgente da fissare entro 72 ore.

Ma si può arrivare, come attesta un rapporto di Federconsumatori basato su dati Censis, ai 612 giorni di attesa in classe B per una visita endocrinologica dell'Asl di Messina o ai 735 per un ecodoppler cardiaco all'ospedale di Magenta.

Con un decreto legge (in attesa di un successivo ddl) il Governo ha annunciato un piano per ridurre le liste d'attesa con visite ed esami anche il sabato e la domenica, un Cup unico regionale e un monitoraggio affidato all'Agenas, insieme con l'abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario e un registro nazionale di segnalazione dei disservizi. «Voler abbattere le liste d'attesa partendo dal presupposto che i responsabili vadano individuati nei medici e dirigenti sanitari è inaccettabile oltre che falso», **commenta il segretario nazionale Di Silverio, che lo definisce "un decretuccio senza soldi in cui la parte economica è stata rinviata a un disegno di legge che non verrà mai"**. Per il rappresentante di categoria «non è inoltre accettabile chiedere a medici e infermieri di ridurre le liste di attesa lavorando anche il sabato e la domenica quando per assicurare, in quei giorni, un minimo turno di servizio, si è già costretti a ricorrere alle prestazioni aggiuntive o a medici a gettone». F.A.



CURARE PER VOCAZIONE

Sopra, l'Ospedale Fatebenefratelli di Milano, gestito dall'omonimo ordine religioso. «Il carisma nella cura dei malati per noi è fondamentale», spiega don Angelelli. Nell'altra pagina, un cappellano ospedaliero dà la Comunione a un malato.

→ direbbe da "intramoenia"?

«Altroché! Prima di Cristo la cura dei poveri non era nemmeno considerata, era cosa per ricchi. L'annuncio e la guarigione sono intimamente legati: si diventa credibili quando dimostri che sai fare quello che proclami, ovvero annunciare la vita eterna. Come? Guarendo i malati. I miracoli di Gesù, che ha una predilezione per chi è ai margini della società, come i samaritani e i lebbrosi, hanno principalmente questa funzione».

A proposito di samaritani moderni, sempre più persone non riescono a curarsi e quindi a guarire.

«Questo succedeva già ai tempi di san Giovanni di Dio ed è proseguito con madre Teresa di Calcutta. Con il fondatore del Fatebenefratelli nasce il concetto di ospitalità, da cui la parola ospedale».

Le liste di attesa oggi sono intollerabili. Solo da privati si trovano tempi ragionevoli.

«Questo è il problema, anche

per chi ricorre ai privati. Hai diritto a un servizio, perché paghi le tasse, ma lo devi pagare due volte. Un po' come chi opta per la scuola paritaria. Quaranta miliardi di euro spesi dagli italiani *out of pocket*, fuori spesa, oltre ai 136 ricevuti dal ministero dell'Economia, è una cifra enorme. Mai avevamo raggiunto un livello tale. Ma col privato dobbiamo fare una distinzione»

E cioè?

«Il privato si divide in due aree, profit e non profit. Ma è una distinzione di fatto, non è prevista dalla legge. Il grande ospedale privato e la clinica delle suore si accreditano allo stesso modo: devono fare lo stesso percorso, devono accedere agli stessi canali e devono avere le stesse autorizzazioni e risorse. Che tu sia profit o non profit non c'è nessuna differenza davanti allo Stato».

Cosa ci vorrebbe?

«Una delle cose su cui io mi interrogo in questo momento è se sia ancora un sistema corretto o piuttosto non si debba immaginare un binario sanitario pubblico, uno privato e uno non profit che risponda ovviamente a determinati standard. In questo caso il non profit dovrebbe avere più vantaggi, proprio perché non è a fini di lucro. Nell'ambito della riforma del Terzo settore (non sono stati



ancora completati i decreti attuativi, faremmo in tempo) mi chiedo se ci sia spazio per immaginare una sanità diversa».

Questo non riguarda solo il non profit.

«Ovviamente, c'è un problema strutturale. L'ultima vera grande ri-

forma è del '78, quando la popolazione non era così anziana, non c'erano così poche nascite e non c'erano determinati progressi nel campo delle terapie, della farmacia, della diagnostica. Ma negli ultimi 20 anni si è parlato quasi sempre di contenimento della spesa.

Che non è la soluzione. Con il Covid è venuta meno la medicina territoriale. Ora con il Pnrr che si sta facendo? Non è chiaro. Anche se si vorrebbe tentare con gli ospedali e le case di prossimità di riavvicinare la sanità alle persone. Le aree interne sono fortemente penalizzate. Se hai un infarto a 100 chilometri dall'ospedale non hai le stesse chances di sopravvivenza di chi vive in città. Una volta si diceva: vado a vivere in campagna che l'aria è più salubre. Oggi è più salubre, prudentemente, stare in città».

La crisi delle vocazioni incide sul sistema sanitario cattolico?

«Ha cambiato i modelli. Tante strutture di religiosi ricorrono al personale laico, che svolge una serie di servizi. Quello religioso cerca di dare l'orientamento, che è importantissimo, anche se a volte non ci riesce perché non cambiano i →



→ modelli, quindi rischia di essere marginalizzato all'interno della struttura. Va mantenuta l'identità carismatica, ma se non c'è nessuno che l'alimenta rischia di spegnersi e di confondersi con strutture non religiose. Ma c'è uno stile cattolico nella cura, una vocazione, un impegno, una scelta solidaristica, carismatica, di testimonianza».

Non bastano i bilanci in ordine e i servizi professionali?

«Assolutamente no, altrimenti che differenza c'è con una struttura privata? Nei centri cattolici moderni la carità viene addirittura messa nel budget, un'iniziativa innovativa fantastica: si mettono in preventivo tot spese per la cura gratuita di persone che hanno bisogno. Questo è un esempio di vocazione precipua di una struttura sanitaria cattolica»

Si ha l'impressione che lo Stato spesso deleghi alla sanità cattolica i casi più difficili e costosi, come le disabilità gravi, o le persone affette da malattie non curabili ...

«Il rischio è che dalla sussidiarietà si passi alla vicarietà, in una serie di servizi da cui lo Stato per convenienza si sta ritraendo. Questo è inaccettabile, perché noi possiamo collaborare con lo Stato ma non sostituirci ad esso. Penso ai centri di primo ascolto della Caritas o agli ambulatori di strada che dovrebbero essere anche pubblici».

Stanno crescendo i poveri che non possono accedere alle cure o alla prevenzione...

«È il dato drammatico. Niente terapie e nemmeno prevenzione, che significherebbe anche risparmio in termini economici. Non si investe abbastanza. Dobbiamo essere pronti a curare tutti, come prevede la riforma del '78. Nei Pronto soccorso infatti non si chiede la carta di identità, si chiedono i sintomi e si curano tutti».



VALLEVERDE

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Maurizio Molinari

VALLEVERDE SOFTSYSTEM MADE IN ITALY



La migliore e più garantita scelta per chi vuole ridurre il consumo di carta

Giovedì 27 giugno 2024

Oggi con Salute

€ 2,20

CONSIGLIO EUROPEO

Meloni ci allontana dall'Europa

La premier, furiosa perché politicamente irrilevante nella partita per le nomine chiave di Commissione e Parlamento, reagisce aggredendo l'Ue "Un gigante burocratico e ideologico dove prevalgono logiche di caminetto che offendono chi ha votato". Mattarella: "Non si può prescindere da Roma"

Inchiesta di Fanpage su Gioventù nazionale: svastiche e offese antisemite in chat

Il commento

Di chi è l'Italia peggiore

di Carlo Bonini

Converrà ricordare le parole che, ieri mattina, nell'emiciclo della Camera, con tono stentoreo ed espressione insieme terrea e severa, la presidente del Consiglio ha usato in memoria del bracciante indiano Satnam Singh. «Una morte orribile e disumana». Conseguenza «dell'atteggiamento schifoso del suo datore di lavoro». E poi, tutto di un fiato: «Dobbiamo dircelo: questa è l'Italia peggiore».

• a pagina 25

L'analisi

A Bruxelles serve coesione

di Piero Benassi

La designazione dei vertici delle istituzioni Ue prevista dal Consiglio Europeo che si apre oggi vedrà, per una conferma, i nominativi (von der Leyen, Costa e Kallas) identificati nel negoziato "a tre" tra popolari, socialisti e liberali. Il metodo è stato al centro delle dichiarazioni della premier.

• a pagina 25



Il reportage

Nella Loira ora pronta a votare le sorelle Le Pen

dalla nostra inviata Anais Ginori • a pagina 6

Giorgia Meloni, alla vigilia del Consiglio europeo di oggi e domani, non nasconde in Parlamento l'irritazione per l'intesa sui nuovi vertici Ue trovata a tre, tra popolari, socialisti e liberali. Il presidente Mattarella: «Non si può prescindere dall'Italia». Inchiesta di Fanpage su Gioventù nazionale. di Cappellini, Ciriaco, De Cicco Mittera, Oppes, Pistilli e Tito • alle pagine 2, 3, 4, 5 e 11

Clima



Da Nord a Sud Dall'alto, il lago di Garda a livello record per le piogge e quello di Pergusa ridotto a una pozza

Siccità e nubifragi, il Paese dei due laghi

di Zita Dazzi e Miriam Di Peri • a pagina 19

Mappamondi

Putsch in Bolivia Militari nel palazzo del governo



Truppe militari fanno irruzione nel palazzo del governo a La Paz, in Bolivia, dove si trova il presidente Luis Arce.

di Basso • a pagina 14

Auma Obama "Io in piazza per il mio Kenya"



Auma Obama, classe 1960, è attivista e sociologa. In Kenya ha fondato una ong per bambini.

di Brizio e Lucchini • a pagina 15

Il nostro impegno per costruire consapevolmente il futuro. kerakoll

L'omicidio di Pescara Il giudice: "Hanno ucciso Thomas per sadismo" dai nostri inviati Andrea Ossino e Corrado Zunino • alle pagine 16 e 17

Domani in edicola il venerdì FRATELLACCI Sul Venerdì i gemelli rivelazione del cinema italiano • a pagina 27

Musica Perché la Nona è la sinfonia dell'inconscio di Corrado Augias • a pagina 27

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 29 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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

TIGOTA logo

Domani su 7 Pogacar tenta il bis Giro-Tour sul magazine in edicola con il Corriere

Gratis in edicola La guida al mercato della luce e del gas domani il manuale con il Corriere: le novità sulle bollette

TIGOTA logo

Il metodo, i tempi

LA SMANIA NON AIUTA LE RIFORME

di Antonio Polito

Come se non bastassero il premierato, l'autonomia differenziata e la riforma della magistratura, il centrodestra mette sul piatto anche il cambiamento della legge elettorale per i Comuni. E nel più autorevole dei modi: con un intervento del presidente del Senato e in nome della lotta all'astensionismo.

C'è da chiedersi se tutta questa carne al fuoco produrrà solo fumo o anche un po' di arrosto. La serietà di un intento riformatore si giudica infatti dal suo realismo e dalla sua prudenza, dalla coerenza delle proposte e dall'approfondimento dei temi. Qui si dà invece l'idea di andare un po' alla giornata, inseguendo i risultati elettorali: la bassa affluenza alle europee (49,7%) non aveva preoccupato più di tanto i vincitori di quella tornata, mentre un'affluenza alle Comunali non molto dissimile (47,7%) ha molto allarmato gli sconfitti del ballottaggio. E si dà anche la sensazione di appaltare ogni pezzo di riforma a un diverso pezzo della maggioranza, finendo così con l'affastellare nodi prima di averne sciolto altri: mentre la legge del premierato ha ancora un grosso buco, non dicendo nulla su come si intende eleggere questo premier che si pretende eletto direttamente (con quale maggioranza, con che soglia, col ballottaggio o meno?), ecco che già si passa alla soglia e ai ballottaggi del sistema per l'elezione dei sindaci, che tra l'altro stanno fi da più di trent'anni senza grossi problemi.

continua a pagina 24

Oggi il Consiglio europeo. Meloni: ignorano l'esito del voto. L'opposizione: si rischia l'isolamento

Battaglia sulle nomine Ue

Mattarella: non si può escludere l'Italia. Autonomia, il Colle firma la legge

di Marzio Breda, Monica Guerzoni, Maria Teresa Mellè e Virginia Piccolillo

Le nomine Ue scuotono la politica. Ignorano l'esito del voto, dice il premier Meloni alla vigilia del Consiglio europeo. Il presidente Mattarella: «Non si può escludere l'Italia». da pagina 2 a pagina 7 Falci

LOMBARDIA, PASSA LA MOZIONE

Casa occupata, la Regione: Salis paghi il suo debito

di Chiara Baldi



«A desso Ilaria Salis paghi il suo debito per aver occupato una casa popolare abusivamente». La mozione alla Regione Lombardia. a pagina 6

GIANNELLI



L'INTERVISTA / WEBER (OPPE) «Sceite condivise e Schlein decida con chi stare»

di Francesca Basso

Manfred Weber, leader del Ppe, «legge» il futuro dell'Unione europea e indica le priorità: «Economia, immigrazione e sicurezza. E l'Italia sarà coinvolta nelle decisioni». E su Meloni e Schlein: «La vostra premier è costruttiva» mentre la segretaria del Pd «deve impegnarsi a sostenere Ursula von der Leyen». a pagina 5

PESCARA, CONVALIDATI FERMI

Thomas, il delitto poi un selfie sulla spiaggia: il film dell'orrore



di Ilaria Sacchettoni

Prima hanno ucciso Thomas a coltellate, poi si sono fatti un selfie sulla spiaggia. Questa la sequenza dell'orrore per l'omicidio del ragazzo di 16 anni a Pescara. Convalidati i fermi dei due minori indagati per il delitto. I giudici nel provvedimento scrivono che «si sarebbero liberati del coltello, lanciandolo oltre la scogliera frangiflutti». alle pagine 14 e 15

BLINDATI NELLE STRADE

Ore di caos in Bolivia Il tentato golpe dei militari



di Sara Gandolfi

Paura in Bolivia. Per diverse ore il Paese precipita nel caos. Blindati militari assaltano il palazzo del governo. Il tentato golpe guidato da un generale destituito per avere minacciato l'ex capo di Stato Evo Morales. Poi il presidente Luis Arce nomina un nuovo capo dell'esercito e i militari rientrano nelle caserme. Arrestato il golpista. a pagina 12

Il caso Udienze a porte chiuse. Rischia 20 anni per spionaggio



Il giornalista americano Evan Gershkovich, 32 anni, nella «gabbia» di vetro del tribunale. È accusato di spionaggio

Mosca processa il cronista Usa: tutto in segreto

di Marco Imarisio

È cominciato davanti alla Corte regionale Sverdlovskij di Ekaterinburg il processo, a porte rinchiuso, contro Evan Gershkovich, il giornalista americano del Wall Street Journal rinchiuso, da 15 mesi, nelle carceri russe. Rischia vent'anni. a pagina 9

LIJUBA RIZZOLI SI RACCONTA

«Gli anni d'oro e il dolore infinito per mia figlia»

di Aldo Cazzullo

Il matrimonio con Andrea Rizzoli, il rapporto con Agnelli — «se capitava...» —, la Fallaci nuda da von Karajan, Sordi e De Sica al casinò e il dolore per l'addio alla figlia: Ljuba Rizzoli si racconta. alle pagine 20 e 21

L'IMPREDITORE GIAPPONESE

Morto Shimpei, era intervenuto a sedare la rissa

di Alessandro Fulloni

Ucciso per difendere uno straniero dal branco. Così è morto, a Udine, Shimpei Tomiwa, 58 anni, imprenditore giapponese che viveva in Italia. In cella tre ventenni che avevano già colpito in passato. a pagina 16

BADANTI? COLF? GALLAS GROUP Troviamo NOI la badante giusta per TE! www.gallasgroup.it

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini Anche nelle migliori famiglie intervista più nessuno. Solo psicologi. Leggendo le loro analisi impeccabili, la mia ansia da padre di un nativo digitale cresceva a dismisura e non potevo non domandarmi: come avremo fatto a ridurre così, dopo millenni di vita notoriamente pacifica e ordinata, di adolescenti equilibrati e collaborativi, di adulti presenti ed esemplari? Una lunghissima età dell'oro finita all'improvviso. Eppure, all'insaputa delle nostre ansie, il numero dei delitti di sangue diminuisce ogni anno. Tanto da farmi venire il dubbio che certe analisi deprimenti rispondano a un bisogno. Quello di illudersi che i danni collaterali della natura umana si possano estirpare, mentre ci si può solo impegnare e contenerli.

Dario Voltolini Invernale Sei edizioni La nave di Teseo Finalista PREMIO STREGA 2024

L'INCHIESTA

"Directa è una banca abusiva"
Ipm contro la società di Segre

GIANLUCA PAOLUCCI - PAGINA 26



LO SCANDALO

Quella lite tra Italia e Francia
sulla frana che blocca i turisti

NICCOLÒ ZANCAN - PAGINA 24



IL PERSONAGGIO

Rossi: "La censura fa vendere
lo misogino? Sì, ma per gioco"

SIMONETTA SCIANDIVASCI - PAGINA 32

kerakoll

LA STAMPA

kerakoll

GIOVEDÌ 27 GIUGNO 2024

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

2,20 € (CON SALUTE IN ABBINAMENTO OBBLIGATORIO) | ANNO 158 | N. 176 | IN ITALIA | SPEDIZIONE ABB. POSTALE | D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) | ART. 1 COMMA 1, DCB-TO | www.lastampa.it

GNN

OGGI IL CONSIGLIO EUROPEO. LA PREMIER: MA INCIUCI CON LA SINISTRA. MAL'ALLEATO CECO SI SCHIERA CON VON DER LEYEN

"La Ue non prescinda dall'Italia"

Nomine, l'appello di Mattarella. Tajani a Meloni: vota Ursula. Schlein: a Bruxelles siamo isolati

BRESOLIN, LOMBARDO, MAGRI, RIFORMATO



Sergio Mattarella si augura che l'Italia non esca bastonata dalla trattativa sui nuovi vertici europei. Sarebbe incredibile se ciò accadesse.

- PAGINE 2-4 CON IL TACCUINO DI MARCELLO SCORCI

LE RIFORME

L'autonomia
tra teoria e pratica

Pietro Reichlin

La democrazia ferita
e la lezione di Bobbio

Donatella Stasio

IL GOVERNATORE

Zaia: "Sui temi etici
una svolta liberale"

FRANCESCO MOSCATELLI

«Marina Berlusconi ha fatto una giusta osservazione. Noi del centrodestra non dobbiamo rinnegare le nostre origini: siamo liberali», afferma Luca Zaia. - PAGINA 7

I DIRITTI

Se Marina Berlusconi
mette in crisi la destra

Federico Capurso

Il partito poli-amoroso
nel solco di papà Silvio

Maria Laura Rodotà

L'INTERVISTA

Piantedosi: "Cambiare
la legge Bossi-Fini?
È solo uno slogan
Ma rivedremo i flussi"

GRAZIA LONGO



«Ridurre le partenze illegali può significare anche ridurre i rischi che si verifichino tragedie, insomma a salvare vite umane», dice Matteo Piantedosi. - PAGINA 8

BANKITALIA

Panetta: "Bce pronta
agli choc geopolitici"

FABRIZIO GORIA

Festina lenta. Agire, ma con cautela. Il governatore della Banca d'Italia, Fabio Panetta, utilizza il motto latino attribuito da Svetonio ad Augusto per descrivere l'attuale percorso della Banca centrale europea (Bce): «Dobbiamo continuare ad adeguare i tassi ufficiali per completare il processo e raggiungere senza problemi il nostro obiettivo di inflazione del 2% in uno scenario in cui le nostre aspettative si rivelano sostanzialmente corrette». Ma, allo stesso tempo, «dobbiamo essere prudenti». - PAGINA 4

L'INTERVENTO

Ecco chi ha ridotto
il potere dell'Europa

ROMANO PRODI

Caro Direttore, nell'articolo di Alessandro Barbera il mio obiettivo giudizio sul progressivo indebolimento della Commissione Europea e di conseguenza anche le mie considerazioni sul ridimensionato ruolo della presidenza sono stati trasformati, certamente in buona fede, in un'indebita critica all'operato della Presidente von der Leyen. - PAGINA 25

UNA BIMBA, UNA LETTERA IMMAGINARIA E L'INCONTRO CON LA VERA FIDANZATA

Amore partigiano

MASSIMILIANO RAMBALDI



Elena, 14 anni: il mio cuore spezzato

ELENA R.

Caro Renzo, manchi a tutti qui. Il mio cuore piange al tuo pensiero, al nostro amore spezzato. Mortale la mia tristezza che pesa sul cuore, lo schiaccia ma lo fa battere più forte per non farlo perire. - PAGINA 23



IL PROCESSO

Così il re dei caporali
è diventato milionario

IRENE FAMA



Tre euro e un centesimo l'ora: questo vale il lavoro di un uomo nei terreni di Viterbo gestiti dal patron Danilo Camilli. Bello e brutto tempo. E, quando piove, i braccianti li vedi nei campi a cercare di riparo sotto i sacchi di plastica neri dell'immondizia. - PAGINA 10

IL COLLOQUIO

Bersani: "Basta schiavi
ora il reddito minimo"

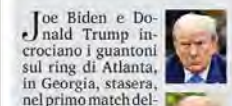
FRANCESCA SCHIANCHI

Da «pensionato volontario», in campagna elettorale l'ex segretario Pd Pier Luigi Bersani ha battuto l'Italia da nord a sud perché se si vuol capire dove sta andando questo Paese bisogna mettere l'orecchio a terra. Ora, dopo Europee e amministrative, invita il suo schieramento a non perdere tempo: «Serve subito un patto per l'alternativa». - PAGINA 11

IL RETROSCENA

Trump contro Biden
i segreti della sfida tv

FRANCESCO SEMPRINI



Joe Biden e Donald Trump incrociano i guantoni sul ring di Atlanta, in Georgia, stasera, nel primo match della stagione Usa 2024 in vista delle Convention estive in cui saranno incoronati candidato democratico e repubblicano per la Casa Bianca. Ad ospitare la sfida è Cnn, che ha scelto come "arbitri" i due conduttori Dana Bash e Jake Tapper. - PAGINA 17

IL RACCONTO

Kenya, finito il sogno
degli "afro-ottimisti"

DOMENICO QUIRICO

Il fatto è nuovo, rimarrebbe: gli insorriditi di Nairobi non si sono dedicati alla sterile modalità dei moti africani per la fame, ovvero assalti e saccheggi di supermercati, pogrom contro i negozi di minoranze ricche e per questo detestate come gli indiani. - PAGINA 19

BUONGIORNO

Quando Mario Draghi lasciò il governo, nelle carceri italiane c'erano 56 mila detenuti, circa cinquemila in più rispetto alla capienza stabilita da una legge costantemente violata senza che nessuno sia chiamato a risponderne. Oggi i detenuti sono 61 mila, diecimila in più del tetto stabilito per legge, il doppio dell'eccedenza ereditata. È successo che, da quando sono in carica, Giorgia Meloni e i suoi hanno voluto dimostrare di non essere dei mollaccioni buonisti come i predecessori, e hanno preso a inventarsi reati nuovi e ad aggravare le pene per quelli vecchi. Un successo, come si evince dai numeri. E però ora le carceri traboccano e dall'inizio dell'anno ci sono stati quaranta-quattro suicidi, che proietta la contabilità del 2024 verso il record di tutti i tempi. Così ora il governo è obbligato a

Le buche di Keynes

MATTIA FELTRI

studiare il modo di togliere un po' di gente dalle celle. L'idea, da quello che s'è capito, sarebbe di rendere più automatici gli sconti di pena. Ora soffermatevi un minuto a riflettere su un governo che deve fare leggi per svuotare le carceri perché prima ha fatto leggi per riempire le carceri, e precisamente fa leggi per alleviare le pene perché prima ha fatto leggi per aggravare le pene. John Maynard Keynes, grande economista del Novecento, riteneva che in momenti particolarmente critici lo Stato dovesse assumere gente per fare le buche e poi per riempirle: un modo per contenere la disoccupazione e dare stipendi alle famiglie. Non so se ci fosse davvero bisogno di un tale welfare per i nostri ministri, ma si potrebbe intanto dirgli di non scavare buche e di non riempirle. Se restano fermi è meglio.

Giglio
ACQUISTIAMO
DIPINTI, SCULTURE, DESIGN
e ANTIQUARIATO ORIENTALE
Antichità Giglio dal 1971 esperti di Arte e Antiquariato

Chiamaci o inviaci delle foto
335 63.79.151
info@antichitagiglio.it

ALLART
PORTE FINESTRE COPERTURE
TEL 06491404

Il Messaggero

ALLART
PORTE FINESTRE COPERTURE
www.allartcenter.it
Roma

€ 1,40 ANNO 140 - N° 176
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DCS 28



Giovedì 27 Giugno 2024 • S. Cirillo d'Alessandria

IL GIORNALE DEL MATTINO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

Oggi Molto Donna
Paola e Chiara
«Serve libertà per evolvere»
Un inserto di 24 pagine



Europei, i nodi del ct
Azzurri da rifare
I 5 dubbi di Spalletti
in vista della Svizzera
I servizi nello Sport



L'intervista
Giletti: «Il mio ritorno in Rai senza censure»
Ravarino a pag.26



L'evento in Campidoglio de Il Messaggero. Caltagirone: «A questa città servono compensazioni finanziarie»

Il Messaggero
LA CAPITALE E I RISCHI DA EVITARE
Andrea Bassi
Roma è come una Ferrari rimasta senza benzina. Perché la benzina, goccia a goccia, le è stata sottratta nel tempo. E dunque arrivato il momento di restituire il carburante. E il carburante sono quelle risorse finanziarie che negli anni le sono state tolte con l'idea, va detto assai peregrina, di un'Italia bicipite. Una "restituzione" alla quale è legata la stessa «sopravvivenza» della Capitale. Sta qui il succo del ragionamento consegnato da Francesco Gaetano Caltagirone, Presidente del Messaggero, ai ministri e ai capi azienda presenti (...)
Continua a pag. 3

Saluti
Cav. Lav. Francesco Gaetano Caltagirone
Presidente, Il Messaggero

«Roma, una Ferrari senza benzina»

- GLI INTERVENTI**
- Roberto Gualtieri**
«Le sfide del Paese si vincono solo rilanciandosi insieme»
Malfetano a pag. 2
 - Matteo Salvini**
«Necessarie subito risorse con maggiori poteri»
Bulleri a pag. 4
 - Carlo Verdone**
«La nostra Roma va amata ma occorre manutenzione»
Arnaldi a pag. 5

La partita delle nomine: si tratta per un vice con delega di peso
Meloni sferza la Ue: no ai caminetti
E il Colle: non si prescinde dall'Italia
Francesco Bechis
Sceglia contro «i caminetti» dove si prova a decidere i futuri assetti europei, con buona pace del risultato delle urne. E chiede più «rispetto» per l'Italia Giorgia Meloni, alla vigilia del vertice a Bruxelles sui top-jobs di Commissione e Consiglio europeo. Mattarella: «Non si può prescindere dall'Italia».
Alle pag. 6 e 7

Primo sì al decreto
Arriva il maxi bonus per chi assume: sconto fino al 130%
ROMA Maxi bonus per chi assume a tempo indeterminato, la detrazione arriva al 130%.
Paolucci a pag. 19

Le idee
TRANSIZIONE GREEN PIÙ LENTA E PIÙ EQUA
Paolo Balduzzi
Quanto costa la sostenibilità ambientale?
Continua a pag. 22

L'orrore di Pescara
Il selfie dopo il delitto della mala gioventù
Malcom Pagani
Ipadri. I figli. I vecchi. I giovani. La tradizione. Il nichilismo. «Gli adolescenti sono quasi tutti dei mostri» scriveva Pier Paolo Pasolini, poco prima di morire, con dolente pessimismo, nel 1975. «Dopo aver elevato verso i padri barriere (...)
Continua a pag. 22
La foto in spiaggia dei 16enni fermati
Vercesi e Recanatani a pag. 15

Arrestato uno dei superstiti della strage nello Ionio: lei aveva 16 anni Stuprata e uccisa durante il naufragio

Raffaella Troili
ROMA Non è stato il mare. Forse si sarebbe salvata, come il suo assassino, come sua madre. Ma sulla nave della morte, naufragata il 17 giugno al largo della Calabria, ha trovato il suo aguzzino e nella disperazione collettiva ha subito l'orrore dello stupro e del soffocamento. Una ragazza irachena di 16 anni è stata aggredita da H.A., 27 anni, connazionale, che ha sfogato su di lei tutta la sua rabbia e violenza. L'uomo è stato arrestato, fortemente indiziato di omicidio. A denunciare tutto la madre della giovane.
A pag. 14

Messaggio a Hezbollah: vinceremo noi Netanyahu, minacce ai confini col Libano Germania e Olanda ai loro cittadini: fuggite

ROMA Sale la tensione tra Israele e Hezbollah. Il premier Netanyahu arriva al confine con il Libano per assistere a un'esercitazione militare, e lancia la sua provocazione: «Israele otterrà una vittoria anche su questo fronte». L'appello di Olanda e Germania ai propri cittadini: «Dovete lasciare subito il Paese».
Genah a pag. 13

Il Segno di LUCA
PESCI, L'AMORE PRIMA DI TUTTO
La Luna nel tuo segno si congiunge con Saturno, favorendo così il tuo lato più esigente e rigoroso e aiutandoti a definire le priorità. Quello che a prima vista può apparire come un atteggiamento freddo e distaccato, in realtà ti aiuta a ridurre i rischi di dispersione, consentendoti di canalizzare le energie nella maniera più creativa possibile. Forse anche perché seicosi preso dall'amore, lasci molto altre cose in secondo piano.
MANTRA DEL GIORNO
Quello che perdo acquista valore.
L'oroscopo a pag. 22

L'energia non deve costarci il mondo

octopus energy
Energia pulita a prezzi accessibili

* Tandem con altri quotidiani (in distribuzione separatamente) nella provincia di Matera: Lucania, Brindisi e Taranto; Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia € 1,20; la domenica con l'inserto € 1,40; in Abruzzo: Il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Molise: Il Messaggero - Primo Piano; Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuova Quotidiana di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; l'inserto per chi ha la vita secondo Neo Martedì* € 6,50 (solo Roma); i segreti del barile* € 6,50 (solo Lazio e Friuli-Venezia Giulia)

Giovedì 27 giugno 2024 ANNO LVIII n° 152 1,50 € San Carlo di Alessandria vescovo e dottore della Chiesa

Avvenire Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Afghanistan, un vertice senza donne LE INFATICABILI CANCELLATE

ANTONELLA MARIANI Lunedì scorso, 24 giugno, si celebravano le donne in diplomazia... In questo giorno così importante, la famiglia dell'Onu saluta le infaticabili donne che nel mondo stanno costruendo fondamenta robuste alla pace...

IL FATTO Francesco dedica al tema della droga la sua meditazione del mercoledì: «La liberalizzazione non serve»

Nuove allucinazioni

L'Onu rilancia l'allarme sulla diffusione degli oppioidi sintetici, soprattutto tra i giovani. Sempre più studenti anche tra le vittime dell'azzardo: in Italia gioca il 44% dei diciottenni



La tassa dei ricchi vale 250 miliardi

Mentre la tassa minima globale è ormai quasi ufficialmente decisa, il Paese Ose si prepara ad approvarla entro il 30 giugno... La tassa minima del 2% sui patrimoni dei 3mila miliardi sparsi per il globo...

I nostri temi

DONNE Sfruttate, spesso abusate ma invisibili

LUCA LIVERANI Invisibili, ma indispensabili. Sono le moltissime donne-immigrate, ma anche italiane-sfruttate e ricattate, perfino sessualmente... FATEBENEFRATELLI Più ospitali per prevenire gli abusi

PAOLO VIANA Nelle strutture gestite dall'ordine di San Giovanni di Dio arriva un codice di condotta per la tutela di chi è vulnerabile... LO PSICOLOGO «La dipendenza è sintomo del malessere, non la causa»

L'INCONTRO

Madri e mogli ucraine dal Papa «I prigionieri devono tornare»

Davanti al Pontefice il pianto delle donne che hanno un familiare militare catturato dall'esercito russo... Gabbassi a pagina 6

POLITICA Meloni: «Il voto va rispettato». Il capo dello Stato promulga la legge senza osservazioni

Nomine Ue, l'Italia ora alza la voce Da Mattarella l'ok all'autonomia

Delusa dalle intese europee che escludono il nostro Paese, Meloni lancia un messaggio dalle Camere, in vista del Consiglio Ue di oggi... D'Angelo e Paolini a pagina 8 e 9

BIOETICA

Fine vita, servono parole per capirsi

Come si fa a conoscere Dio? È solo una suggestione psicologica? Oppure ci sono tracce concrete della sua presenza nella storia?... Paglia a pagina 19

LA NOMINA

Incognita Usa per la Nato di Rutte

Miele a pagina 6

POPOTUS

Quanti treni sui binari morti

Otto pagine tabloid

Dio fra le righe

Un amore radicato nel mondo

Un amore radicato nel mondo. Dio fra le righe. Lorenzo Fazzini

LA MOSTRA

I giardini dei tappeti persiani, un Eden portatile

Zuccato a pagina 22

L'INTERVISTA

Daniel Petrita: «Così diamo parola alla lingua romani»

Giametta a pagina 23

IL FILM

Arriva in sala "Fremonti", la colpa di essere migranti

Pezzi a pagina 24



IL CASO

Soldi alla Sanità, no alla proposta Schlein Il Pd: vendetta del governo dopo il voto

La dem alla Camera
«Sulla salute gettate la
maschera: vi avevamo
indicato le risorse»

di **Matteo Pucciarelli**

Il centrodestra affossa la proposta di legge a prima firma Elly Schlein per il rifinanziamento della sanità pubblica e lo sblocco delle assunzioni. Una proposta che voleva incrementare le risorse per il Servizio sanitario nazionale. Secondo la segretaria del Pd, «la maggioranza sta gettando la maschera, da mesi vi diciamo che state smantellando la sanità pubblica, con questo voto lo certificate». E ancora, altra stoccata: «Ci fate una testa così con i burocrati e alla fine i burocrati siete voi. Andremo avanti con una battaglia nel nome di tanti uomini e donne che si sono impegnati per la sanità universale, cito un nome su tutti, quello di Tina Anselmi». Il progetto del Pd prevedeva di arrivare alla media europea del 7,5 per cento della spesa del Pil per la spesa sanitaria, andando incon-

tro anche alle richieste dei presidenti di Regione (di destra e di sinistra). «Avete detto che non ci sono coperture – l'intervento di Schlein in Aula – Abbiamo fatto proposte per trovare risorse, ma niente: avete affossato gli emendamenti. C'è un grido di sofferenza che viene da più parti del Paese. Faccio fatica a pensare che gli italiani che non riescono a curarsi e che sono quattro milioni lo dicono soltanto a me...». Per il capogruppo dem nella Commissione affari sociali della camera Marco Furfaro, «Fratelli d'Italia si trincerano dietro motivazioni burocratiche ma la verità è che lo stop definitivo alla legge Schlein è una vera e propria vendetta politica dopo il flop elettorale alle amministrative. Ma non sarà così che fermeranno l'opposizione. Vivono fuori dal mondo e non hanno idea dell'urgenza di aiutare la sanità pubblica».

Le ragioni della bocciatura su un provvedimento che in teoria vede d'accordo anche il centrodestra – quello delle liste di attesa infinite è un argomento sollevato in campagna elettorale più volte anche da Giorgia Meloni – sarebbero tecniche, secondo il capogruppo della fiamma tricolore alla Camera, Tommaso Foti: «Approvare una legge in assenza di una copertura finanziaria (la contrarietà è quella della Commissione bilancio, ndr) equivale a non approvare una legge. Le osservazioni di merito potevano essere fatte a tempo debito». Il Pd tenta di riportare il testo in commissione per 'salvarlo', la maggioranza dice no, poi lo affossa: non puntava ad altro, secondo i dem. © RIPRODUZIONE RISERVATA



ALLA CAMERA

«Mancano le coperture» Stop in commissione al Ddl Schlein sulla sanità

«Mancano le coperture». Ieri dalla commissione Bilancio della Camera è arrivato il colpo di grazia ufficiale al Ddl Schlein sulla sanità, quello con la richiesta di riportare al 7,5% del Pil i finanziamenti alla salute che ha rappresentato un'architrave della campagna Dem contro il Governo. Il giudizio è di un organo politico, e come tale è destinato ad alimentare la polemica fra il Governo e il Pd che anche ieri alla Camera con la segretaria ha rivendicato «l'opposizione nel merito» in risposta alle accuse della premier Meloni di usare «toni da guerra civile». Ma al di là della battaglia delle parole proprio il «merito» della proposta è apparso da subito zoppicante, almeno sul piano finanziario.

Il testo chiede di aumentare il finanziamento sanitario per arrivare a 20 miliardi extra nel 2028. Così si arriverebbe al 7,5% del Pil, sì, ma di quest'anno. Perché nel frattempo anche il prodotto si muove e nel 2028 i 20 miliardi manterrebbero il fondo sanitario al 6,6% (Sole 24 Ore del 27 aprile). Le coperture, poi, andrebbero cercate

nelle «maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di finanza pubblica», che però sono già scontati dai tendenziali quindi non possono aiutare. E nella lotta all'evasione, che però non può essere messa a copertura prima di diventare strutturale.

—G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La segretaria Pd: "In Ue rischiamo l'isolamento". L'attacco di Conte: "È una sedicente patriota" Schlein: "Giorgia non fa gli interessi dell'Italia" La proposta sulla Sanità bocciata per ripicca"

LEREAZIONI

SERENA RIFORMATO
ROMA

«**A**vete visto, no? Ho parlato solo di temi». In Transatlantico, subito dopo il suo intervento, la segretaria del Pd Elly Schlein tiene a sottolinearlo, per respingere di nuovo l'etichetta meloniana di un'opposizione che usa «toni da guerra civile».

Qualche minuto prima, nell'aula della Camera, la leader democratica ha girato l'accusa alla presidente del Consiglio, assente dai banchi del governo per il pranzo di prassi al Quirinale: «Mi pare che l'unica guerra entro i nostri confini la stiate facendo voi ai poveri, contro il salario minimo, contro il reddito di cittadinanza, tagliando la sanità pubblica». L'ultimo punto tornerà a fine giornata, quando la commissione Bilancio di Montecitorio boccerà la proposta di legge del Pd sull'incremento dei fondi al Servizio sanitario nazionale

per mancanza di coperture: «State gettando la maschera, – il commento della segretaria – sono mesi che smantellate la sanità pubblica e con questo voto lo certificate».

Alla premier, irritata per l'esclusione dall'accordo sui top jobs, Schlein ricorda l'esito complessivo delle elezioni europee: «Non si lamenti se nel Parlamento europeo, dove i socialisti hanno più deputati di voi, ci opponiamo a qualsiasi alleanza con voi e con i vostri alleati che non credono nell'Ue». Non è una questione di «simpatie o amicizie», dice la leader dem, in risposta alla presidente del Consiglio che rivendica di non vedere «la politica estera in termini di amici e nemici». Il rischio, rimarca Schlein, è l'«isolamento del nostro Paese che vuol dire non contare, con buona pace delle passerelle internazionali dove la notizia principale è stata l'unica leader donna del G7 che limita i diritti delle altre donne cancellando la parola "aborto"». Al Consiglio europeo di oggi e domani, chiede la segreteria Pd, Meloni «porti le priorità del Paese e non della sua famiglia politica», i

Conservatori, «perché spesso le due cose non coincidono». Due esempi su tutti: gli investimenti comuni («Sono certa che Meloni vorrà convincere gli alleati nazionalisti a smettere di ostacolarli») e la gestione dei flussi migratori («Il fatto che nessuno parli più di redistribuire chi arriva in Italia non è una conquista, ma la vostra resa»). Su entrambi i temi, il Pd aspetta anche di passare sotto esame il programma di Ursula von der Leyen. Schlein lo sottolinea fuori dall'aula: «Come ha detto ieri Iratxe Garcia Perez», capogruppo dei Socialisti, «non firmiamo deleghe in bianco: vogliamo far valere le nostre priorità, a partire dagli investimenti comuni».

Se Meloni rivendica il «no agli inciuci» con il centrosinistra in Europa, il leader del M5s Giuseppe Conte, nel suo intervento, dice alla premier, «sedicente patriota», di «decidere se essere ininfluente o incoerente». «Sacrifichi la coerenza, – punge Conte – vada con forza e determinazione in Europa a chiedere

un posto di prestigio, perché spetta all'Italia». Ma senza affidarlo, aggiunge, «a un parente o a un sodale di partito solo perché fedele». Affilato anche il deputato di Avs Angelo Bonelli: «Meloni deve fare i conti con i suoi fallimenti politici in Europa, è stata messa fuori dalla porta». Il segretario di + Europa Riccardo Magi consiglia alla premier di dismettere i panni di capo partito: «Ci aspettavamo le comunicazioni della presidente del Consiglio italiana, abbiamo invece ascoltato il comizio della leader dei conservatori».

Nel dibattito al Senato, l'immagine più appuntita è del leader di Iv Matteo Renzi: «Meloni ci ha raccontato una storia» a metà fra «la grande statista che vuol cambiare il mondo e la piccola fiammiferaia che si lamenta perché non l'hanno chiamata ai caminetti». —



Elly Schlein, segretaria del Pd, ieri alla Camera

ROBERTO MONALDO / LAPRESS



L'INTERVISTA

Schillaci: «Dopo l'estate il cittadino aspetterà meno per curarsi»

Marzio Bartoloni — a pag. 4

L'intervista. **Orazio Schillaci.** Il ministro della Salute detta i tempi per attuare il decreto sulle liste d'attesa e annuncia nuovi incentivi per le figure mediche carenti. Sugli infermieri si attingerà subito dall'India

«Già da dopo l'estate il cittadino aspetterà di meno per curarsi»

Marzio Bartoloni

«**G**ia da dopo l'estate e poi a partire dall'autunno quando

avremo approvato tutti i provvedimenti attuativi del decreto per abbattere le liste d'attesa gli effetti cominceranno a farsi sentire e i cittadini finalmente aspetteranno meno per curarsi». Il ministro della Salute Orazio Schillaci è «certo» che il suo decreto legge ora in Parlamento per la conversione in legge entro il 6 agosto funzionerà «con l'aiuto di tutti» compreso i cittadini che oggi «nel 20% dei casi» non si presentano agli appuntamenti per visite ed esami contribuendo ad ingolfare la Sanità: «Riceveranno una call 48 ore prima e potranno disdire se non possono più, ma se confermano e non si presentano dovranno pagare il ticket», insiste il ministro. Che si dice «piacevolmente sorpreso» dal fatto che nel sondaggio sul piano anti liste d'attesa realizzato dall'istituto Piepoli (si veda l'articolo a fianco) tra le misure più apprezzate c'è l'attivazione della piattaforma per monitorare i tempi di attesa: «Fino ad oggi abbiamo avuto solo dati aneddotici. Se a un cittadino in una determinata regione gli veniva dato un appuntamento dopo un anno la storia finiva sui giornali. Ma questo non significa che ovunque sia così. I cittadini hanno capito quanto sia importante

avere dei dati veri in tempo reale che ci consentiranno di intervenire lì dove le cose non funzionano: se in una Regione per una cura si aspetta troppo allora acquisteremo più prestazioni».

La misura più importante forse però è quel "salta code" che prevede di garantire la cura sempre nei tempi. Ma come funzionerà? Abbiamo appena fatto una riunione con le Regioni in modo che questo meccanismo funzioni nel miglior modo possibile. Noi vorremmo che quello che era un problema del cittadino venga risolto dal Servizio sanitario: ogni Cup si prenderà in carico il paziente garantendo la prestazione nei tempi giusti se necessario pagando all'interno dello stesso ospedale la prestazione in libera professione intramoenia con le tariffe regolamentate oppure ricorrendo al privato convenzionato.

Ma con quali fondi? Il decreto, dicono i critici, è senza risorse Non è così. Abbiamo trovato i finanziamenti per la defiscalizzazione degli straordinari del personale che così ci potrà dare una mano a ridurre i tempi per le prestazioni. E poi ci sono ancora i fondi stanziati dal precedente Governo proprio per l'abbattimento delle liste d'attesa che non stati spesi da tutte le Regioni. Infine c'è l'impegno mio a trovare nuove risorse nella prossima legge di bilancio anche perché oltre al decreto legge c'è anche un disegno di legge a cui vogliamo

dare piena attuazione.

Anche i medici dovranno fare più attenzione a prescrivere visite ed esami?

Innanzitutto dovranno indicare in ricetta il codice della patologia e la diagnosi: in questo modo capiremo quali sono le prestazioni oggi più richieste. Ma non si tratta di una misura punitiva. Anzi per raggiungere l'appropriatezza prescrittiva useremo due strumenti: il primo è rendere definitivo lo scudo penale prorogato nel 2024 rendendo così i medici più sicuri nel loro lavoro e meno propensi a prescrivere esami inutili e poi stiamo preparando insieme alle società scientifiche, alle Regioni e all'istituto superiore di Sanità delle linee guida sui percorsi di cura con l'indicazione delle prescrizioni appropriate che ogni medico potrà seguire.

Dal 2025 sarà abolito il tetto di spesa del personale. Ma sarà davvero più facile assumere? Sì, questo è lo spirito. Il tetto di spesa è uno strumento anacronistico in vigore da 20 anni e per



colpa del quale le Regioni lamentano la difficoltà ad assumere. Già da gennaio 2023 con il ministro Giorgetti abbiamo firmato delle misure per sostituirlo con il fabbisogno standard.

Ma non si rischia così di passare da un vecchio vincolo a uno nuovo?

No, non sarà una camicia di forza, ma un metodo scientifico per calcolare di quanto personale un ospedale ha bisogno. C'è una sperimentazione che l'Agenas sta già portando avanti con il Mef e alcune Regioni per calcolare questi fabbisogni. Se in un ospedale si apre un reparto di cardiologia è giusto capire qual è il numero minimo di medici che servono per farlo funzionare. Poi si potranno fare tutti gli aggiustamenti del caso.

Ci sono i medici da assumere?

In Italia avremo problemi di carenza per i prossimi 3-4 anni. Il problema è soprattutto la scarsa attrattività di alcune specializzazioni che non sono solo quelle del pronto soccorso o della chirurgia, ma anche specialità mediche importanti come l'anatomia patologica o la radioterapia. Nel Ddl abbiamo previsto la possibilità per le Regioni di pagare di più queste specialità mediche con la contrattazione integrativa che potrà valere anche per assumere dottori in quelle zone d'Italia più impervie dove ci sono maggiori carenze.

E gli infermieri? Arriveranno anche dall'India?

Qui ci sono le carenze più gravi. In una prima fase se vogliamo davvero aprire le Case di comunità e attivare la medicina territoriale dovremmo attingere anche

dall'estero. Per questo abbiamo ripreso in mano con il ministero degli Esteri questo progetto con l'India da far partire a breve. Poi stiamo lavorando perché la professione di infermiere diventi molto più attrattiva di oggi sia per stipendio che per carriera visto che si tratta di professionisti che hanno studiato all'università almeno tre anni e molto spesso anche cinque.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mi impegno a trovare nuove risorse in manovra. Assunzioni più facili con i fabbisogni standard al posto del tetto di spesa

IMAGOECONOMICA



Orazio Schillaci. Ministro della Salute



Piacciono gli esami e le visite nel weekend e la piattaforma sui tempi

Le misure più gradite

Molto apprezzato anche l'organismo di verifica sulla gestione delle liste

La salute prima di tutto e dunque anche nel week end, che gli italiani sono disposti a sacrificare pur di fare visite ed esami di cui hanno bisogno. Questo emerge dal sondaggio effettuato nei giorni scorsi dall'istituto Piepoli sul decreto per abbattere le liste d'attesa approvato dal Governo e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 7 giugno scorso.

Il sondaggio (su un campione rappresentativo di 500 interviste) non lascia dubbi su quale misura - tra quelle previste - è la più apprezzata e cioè quella di poter ricevere le prestazioni sanitarie anche di sabato e domenica: sia come gradimento che raggiunge l'84% (tra molto e abbastanza gradito) che per possibile efficacia tra tre provvedimenti inseriti nel decreto (in questo caso per il 51 per cento). Insomma la possibilità per le Asl di estendere l'orario degli ambulatori proprio per recuperare le liste d'attesa piace ai pazienti che magari il sabato e la domenica hanno anche meno impegni familiari e di lavoro. La misura però

- come segnalano i medici - potrebbe cozzare con il problema numero della nostra Sanità e cioè quello della carenza di personale sanitario che sempre nel decreto viene invogliato a lavorare di più grazie a una sostanziosa defiscalizzazione degli straordinari con una flat tax al 15% che però proprio nel sondaggio dell'istituto Piepoli viene indicata come la misura meno efficace.

Tornando invece agli interventi più apprezzati dagli italiani c'è subito dopo la possibilità di ricevere cure nei week end anche l'idea di creare un organismo di verifica e controllo sulla gestione corretta delle liste d'attesa con poteri di polizia amministrativa e giudiziaria (l'organismo nascerà all'interno del ministero della Salute) e subito dopo c'è l'attivazione di una Piattaforma nazionale per monitorare i tempi di attesa. La piattaforma nascerà presso l'Agenas - l'Agenzia per i servizi sanitari regionali - e verificherà gli effettivi tempi per ricevere una prestazio-

ne ospedale per ospedale e in tempo reale armonizzandosi con le eventuali piattaforme regionali già attivate. Il sondaggio fotografa anche il gradimento complessivo per il decreto sulle liste d'attesa che per l'84% degli italiani è positivo (molto: 39%, abbastanza: 45%). Così come registra l'apprezzamento per l'operato del ministro della Salute Schillaci: positivo per il 68% degli intervistati (22% molto; 46% abbastanza).

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

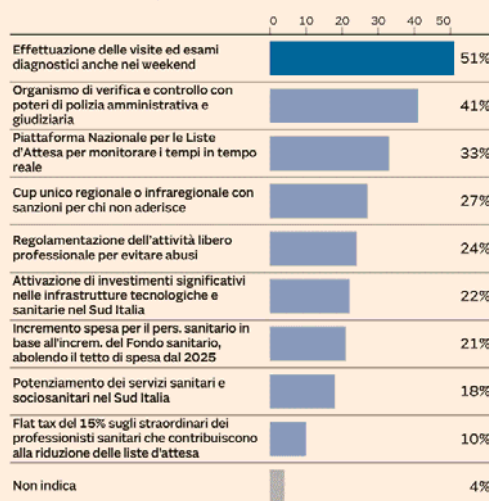
L'estensione degli orari degli ambulatori al sabato e la domenica cozza con la carenza di medici e infermieri

I MEDICI: MANCA IL PERSONALE

Torna il nodo del personale carente tra i punti critici emersi ieri nelle audizioni in commissione Affari sociali del Senato al decreto liste d'attesa: «Allargare l'apertura degli ambulatori al week end senza avere del personale in grado di effettuare queste prestazioni non sia una norma che possa aiutare nel superamento delle liste d'attesa, ricordando che già oggi i dirigenti medici e sanitari lavorano in media più di 60 ore a settimana», ha affermato il segretario nazionale di Anaa Asso-med Pierino di Silverio

Il sondaggio

La risposta alla domanda: quale sono i tre provvedimenti più efficaci alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie?



Fonte: Istituto Piepoli



26 giu
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Decreto liste di attesa/ Cittadinanzattiva: norma cogente che recepisce indicazioni e criticità segnalate anche dai cittadini, ora attuarla con 4 priorità

«Abbiamo avuto modo di esprimere la nostra soddisfazione per l'approvazione di un decreto che recepisce e rende cogenti una serie di misure già previste dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2019/2021 ma mai davvero implementate, come dimostrano le richieste e le criticità che da anni i cittadini ci segnalano sul tema dell'accesso alle cure.

Ora chiediamo di stabilire tempi certi e rapidi per i decreti collegati che metteranno a terra il provvedimento appena varato, a partire da quelli previsti per le misure relative al superamento del tetto di spesa per il personale sanitario». Lo ha dichiarato Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva, intervenuta in audizione al Senato sul decreto sulle liste di attesa approvato nelle scorse settimane.

In particolare, sono quattro le questioni aggiuntive su cui Cittadinanzattiva chiede interventi definiti:

- Inserire il riferimento agli ambiti territoriali di garanzia entro cui erogare la prestazione sanitaria - anch'essi già previsti dal Piano sopra citato - così da permettere ai cittadini di ottenere visite ed esami vicino alla propria



residenza, senza doversi allontanare di chilometri dalla propria abitazione.

● Rendere davvero efficaci ed esigibili gli strumenti di tutela, come la possibilità di ricorrere, con procedure semplificate e tempi consoni, al privato convenzionato o alla libera professione intramuraria dietro pagamento del solo ticket, quando vengono superati i tempi di attesa previsti in relazione al codice di urgenza.

● Potenziare la multicanalità dei servizi di prenotazione a disposizione del cittadino (app, siti web, call center Cup, piattaforme terze, etc.), per consentire di avere un servizio sempre più efficace ed efficiente per gestire la domanda e l'offerta delle prestazioni, in modo da garantire il rispetto dei tempi di attesa.

● Prevedere agende dedicate per la gestione delle prenotazioni anche per i pazienti con malattie rare, così come già previsto per le persone con malattie cronico degenerative e oncologiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Uneba: lo Stato stabilisca chi paga la retta dei malati di Alzheimer in Rsa

PAOLO VIANA

Le Rsa rischiano il dissesto finanziario perché lo Stato smentisce le proprie leggi. Il terreno di scontro è l'assistenza al malato di Alzheimer. Da quando la Corte di Cassazione ha giudicato che le cure ad un ospite che soffre di questa patologia debbono essere gratuite, il mondo delle residenze per anziani convenzionate con le Regioni è in subbuglio. Migliaia di famiglie potrebbero ora rivolgersi al giudice per ricevere indietro i soldi spesi per ricoverare il proprio parente.

Uneba, che rappresenta le Rsa italiane, ha scritto ai ministri della Salute, Orazio Schillaci, per la Disabilità, Alessandra Locatelli, delle Finanze, Giancarlo Giorgetti, della Giustizia, Carlo Nordio; oltre al pre-

sidente della Conferenza Stato Regioni, Massimiliano Fedriga, e ai presidenti delle Regioni e agli assessori competenti in materia di sanità o sociale. La lettera sviscera il problema che l'avvocato milanese Alberto Fedeli illustra così: «Al tempo della semplificazione, è facile tagliar corto e dire che le Rsa si sono intascate i soldi delle famiglie dei malati di Alzheimer e che adesso dovranno rifonderle. Ma la realtà è un'altra: è la legge e sono i Livelli essenziali di assistenza che fissano un sistema di compartecipazione dei costi al 50% tra utente e Servizio sanitario nazionale per i servizi sociosanitari per anziani non autosufficienti in lungoassistenza, e il rispetto di tale normativa è una delle condizioni che permettono l'accreditamento delle strutture».

Il problema sorge quanto un anziano entra in Rsa senza una diagnosi di Alzheimer ma la riceve durante il ricovero. In tal caso, secondo la Cassazione, la legge prevede che tutte le cure gli siano erogate gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale e per questa ragione i giudici stanno condannando le Rsa a restituire le rette percepite negli anni scorsi. In realtà, fa notare Fedeli, a pagare per quello che è un equivoco interpretativo dell'attuale normativa non è il Ssn ma saranno degli enti privati accreditati, che

in condizioni di sofferenza finanziaria potranno solo decidere di non assistere più anziani con sintomi di Alzheimer se non interviene la copertura del Servizio sanitario nazionale, e quindi delle Regioni. Anche per questa tipologia di malati la normativa dei Livelli essenziali di assistenza prevede che il Ssn eroghi solo il 50% dei costi, che è coperto di norma con la tariffa più alta ma pur sempre limitata al 50%. Secondo la Cassazione il servizio che ricevono gli ospiti è soprattutto sanitario e ciò ne giustificherebbe la gratuità. Ma le conseguenze negative gravano paradossalmente non su chi per legge è tenuto a garantire la gratuità del servizio sanitari, cioè il Servizio sanitario nazionale, e quindi le Regioni, ma sugli enti privati erogatori, che, per effetto delle recenti sentenze, sono condannati alla restituzione delle rette di compartecipazione legittimamente percepite. Del resto, se il giudice guardasse "dentro" la legge non potrebbe non riscontrarne le incongruenze. Il problema sussiste ma non può essere risolto per via giudiziaria ma politico-legislativa.

È quello che sostiene il presidente di Uneba, Franco Massi, che ieri ha tirato il governo per la giacca, chiedendo se la retta di un malato di Alzheimer in una Rsa sia interamente a cari-

co della Regione, o la persona assistita debba pagare una parte. «Uneba sul tema chiede chiarezza, ed un rapido intervento del legislatore. Chiediamo di provvedere a fare chiarezza sulla titolarità degli oneri relativi ai costi di degenza per l'assistenza ai malati di Alzheimer», scrive Massi.

Ogni Regione ha le sue regole, diverse da quelle delle altre Regioni, sui requisiti delle strutture per anziani fragili, quanto personale ci deve lavorare, quanto paga la Regione per ciascun anziano accolto, quanto deve pagare ciascun ospite o chi lo rappresenta. Con un evidente aumento della complessità per chi opera nel settore. Le Rsa seguono la normativa regionale e - sottolineano in Uneba - non hanno nessun margine di decisione.

IL TEMA

Il grido di allarme dell'organismo che riunisce le residenze assistite, dopo che la Cassazione ha stabilito che le cure agli ospiti affetti dalla patologia devono essere gratuite. Ma così le strutture rischierebbero il dissesto

Migliaia di famiglie potrebbero ora rivolgersi al giudice per riavere i soldi spesi per ricoverare il proprio parente. Il nodo degli anziani che ricevono la diagnosi durante il ricovero



Le Rsa chiedono chiarezza sulle rette dei malati con Alzheimer/
REUTERS



Autonomia

Il posto che spetta alla salute

CHIARA GIORGI

Il Ddl sull'Autonomia differenziata, voluto dalla Lega e imposto dal governo di Giorgia Meloni, è stato approvato nei giorni scorsi e prospetta un inarrestabile aggravamento delle disuguaglianze tra le regioni, tra Nord e Sud del paese, tra aree centrali e periferiche. I principi di uguaglianza, di universalismo e solidarietà vengono negati, frammentando le politiche che potranno essere realizzate in molti ambiti dell'intervento pubblico. In particolare, gli effetti saranno gravi per la salute dei cittadini e per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, già segnato da forti disparità territoriali e sociali. Gli effetti dell'autonomia differenziata vanno considerati sotto molteplici aspetti. Il primo riguarda la disponibilità di risorse per finanziare la spesa sanitaria: senza alcuna compensazione perequativa e senza una redistribuzione di esse a livello nazionale, le regioni con livelli di reddito più bassi – e quindi con minore gettito fiscale – si ritroveranno prive di mezzi per garantire servizi e cure. Molte di queste regioni (soprattutto nel Mezzogiorno) hanno registrato in questi anni un drastico ridimensionamento di strutture e servizi di prevenzione, assistenza ospedaliera e territoriale, con la mancata garanzia effettiva dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e l'aggravarsi delle disparità negli esiti di salute. Un secondo aspetto riguarda

l'aumento della mobilità tra regioni di cittadini che richiedono cure appropriate, non più disponibili delle aree di residenza, con conseguenze anche nella distribuzione delle risorse tra le regioni. Da tempo, moltissimi cittadini sono andati a curarsi nelle grandi regioni del Centro-Nord dotate di servizi ad alta specializzazione, in particolare Lombardia ed Emilia Romagna. Ma i costi delle cure prestate sono rimasti a carico delle regioni di residenza dei pazienti, offrendo un finanziamento indiretto ai sistemi sanitari del Centro-Nord e in particolare alle loro strutture private convenzionate. La mobilità sanitaria non solo non offre soluzioni ai problemi esistenti, ma consolida un assetto sanitario squilibrato e fortemente differenziato a livello regionale, con il risultato che il diritto alla salute è molto diverso a seconda del luogo in cui si vive. Con l'autonomia differenziata, la mobilità riguarderà anche medici e infermieri. Come già raccontato dal *manifesto* (intervista di Andrea Capocci a Pierino Di Silverio, 21 giugno 2024), le regioni autonome potranno proporre condizioni salariali migliori, portando ad aggravare la «fuga» del personale sanitario da quelle svantaggiate, verso le regioni più ricche e la loro sanità privata. Un terzo aspetto riguarda la drastica espansione degli spazi per la sanità privata. Da un lato alcune regioni, la Lombardia in primo luogo, aumenteranno le politiche di sostegno alle attività fuori dal servizio pubblico,

continuando una traiettoria di impostazione neoliberale che si è affermata da decenni.

Dall'altro lato, il peggioramento delle prestazioni e delle attività di cura pubbliche nelle regioni più fragili e meno finanziate, porterà a una crescita della domanda per servizi sanitari privati.

Le conseguenze dell'autonomia differenziata si innestano su un quadro di politiche che da decenni tormentano la sanità pubblica. La revisione del Titolo V della Costituzione, approvata nel 2001 dalla maggioranza parlamentare del centro-sinistra, aveva già mutato le relazioni tra Stato e regioni. In un contesto economico caratterizzato da crisi finanziarie e da forti vincoli europei alla spesa, le politiche realizzate hanno condotto a ridimensionare il servizio pubblico, ad allargare gli spazi e le risorse per le attività private, estendendone le modalità operative anche nelle strutture pubbliche. Alla frammentazione a scala regionale, inoltre, si è accompagnato un modello privato guidato dalle logiche di profitto, con un'espansione delle assicurazioni, della spesa out of pocket (tra le più alte in Europa), e un'accen-tuazione della discriminazione sociale nell'accesso alle cure. Il diritto alla salute, garantito indistintamente a tutti dalla Costituzione, è stato così messo in discussione, e con esso la garanzia di servizi socio-sanitari accessibili tutti, a prescindere dalla residenza.

Con l'approvazione del Ddl voluto dalla Lega – che porta a

compimento il suo storico disegno secessionista – la solidarietà nazionale «va in frantumi», come ha documentato di recente Francesco Pallante. Si accelera in questo modo quel processo di erosione del Servizio sanitario pubblico, la cui fisionomia originaria aveva permesso di garantire attività e servizi di cura nell'interesse di ogni singola persona e della collettività.

In questa difficile situazione, produrre consapevolezza degli effetti dell'autonomia differenziata, offrire narrazioni alternative a quelle propagandate, mettere in campo politiche alternative, conflitti e mobilitazioni sociali è ciò che resta da fare. Un punto di riferimento torna allora a essere Giulio Maccacaro, uno dei maggiori protagonisti delle lotte per la salute degli anni Settanta, che scriveva: «Decidere quale posto spetti alla salute in una scala di priorità è un atto che qualifica non tanto, funzionalmente, un servizio sanitario quanto, politicamente, una società».

Il Laboratorio su salute e sanità (Laboss) discuterà oggi di questi temi alle 14.30, presso la Fondazione Lelio e Lisli Basso a Roma (Via Dogana Vecchia 5), a partire dai recenti volumi di Francesco Pallante e Gianfranco Viesti.



La nomina sospetta di Fdi in cima al servizio sanitario

Al dipartimento della prevenzione catapultata la compagna del sottosegretario Cirielli

ANDREA CAPOCCI

■ Fa discutere la nomina della salernitana Maria Rosaria Campitiello a capo dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie del ministero della salute, firmata dal consiglio dei ministri lo scorso 21 giugno. Campitiello, già responsabile della segreteria tecnica del ministro Orazio Schillaci e ora promossa al grado più alto del Ssn, coordinerà le attività di prevenzione, tutelerà la salute sul lavoro, promuoverà la ricerca, vigilerà sulle frontiere e gestirà le crisi sanitarie. Molti hanno sottolineato l'«amichettismo» della scelta: Campitiello è la compagna di Edmondo Cirielli, sottosegretario agli esteri e ras campano di Fratelli d'Italia. Tra i sanitari invece preoccupa l'inesperienza della trentanovenne Campitiello. Non tanto per l'età e nemmeno per i dubbi sulla sua attività di ricerca. La dottoressa è autrice di pochissime pubblicazioni, in buona parte sintesi di lavori altrui, e i suoi rari studi originali presentano diverse anomalie. Ma le ricerche sospette al ministero della salute ormai non fanno più notizia.

IL PROBLEMA più grave è che Campitiello non ha alcun background in ambito epidemiologico e di sanità pubblica, le principali competenze che le si

richiedono. Alla guida della prevenzione, prima di lei si erano succeduti Gianni Rezza, uno dei massimi esperti di epidemie in Italia, e il discusso Francesco Vaia, che in tempo di Covid aveva comunque diretto l'istituto per le malattie infettive «Spallanzani». Campitiello invece è specializzata in ginecologia e prima che il governo Meloni la issasse la ministero si è occupata solo di procreazione medicalmente assistita (Pma). Un po' poco per rilanciare un settore in cui la metà delle regioni italiane è sotto i Livelli essenziali di assistenza (Lea).

LA PROFESSIONISTA però si occupa di natalità e vanta ottime relazioni con la sanità privata, due doti apprezzate dal governo. Il sodalizio più forte riguarda il colosso mondiale della Pma Ivirma, fondato nel 1990 a Valencia (Spagna) dai ginecologi José Remohí Gimenez e Antonio Pellicer. L'Ivirma, da poco acquisito dal fondo d'investimento Kkr per tre miliardi di euro, fattura 800 milioni l'anno e possiede quasi 200 cliniche in quindici paesi del mondo tra cui l'Italia. Grazie ai suoi trattamenti nascono circa 40.000 bambini ogni anno. All'Ivirma e nelle società oggi controllate dal gruppo iberico Campitiello ha lavorato prima di approdare al ministero. La neo-dirigente ha inoltre conse-

guito il dottorato di ricerca all'università di Valencia sotto la supervisione di Remohí Gimenez e di Antonio Requena, rispettivamente fondatore e direttore medico di Ivirma. Lo scorso 27 aprile Campitiello ha discusso una tesi di dottorato sull'impatto del Covid-19 sulle cliniche della società, più che altro un collage di ricerche già pubblicate da Remohí e Requena, i quali però garantiscono sull'originalità. Non partirà dunque nessuna denuncia per plagio, perché per Ivirma l'amicizia con Campitiello potrebbe rivelarsi utilissima.

INITALIA il business privato della Pma sta per decollare e la ginecologa, che è anche vice-coordinatrice del tavolo tecnico sulla Pma e membro del gruppo di lavoro sui Lea, avrà un ruolo decisivo in questa partita almeno finché nessuno solleverà il problema del conflitto di interessi.

DAL 2025, i nuovi Lea imporranno alle Regioni di garantire alle coppie l'accesso alla Pma pagando solo il ticket. Il governo intende risolvere la crisi demografica non con gli asili nido ma con la medicina: possibilmente privata. L'obiettivo dei Lea è portare le nascite medicalmente assistite (oggi 17 mila) dall'attuale 4,2% al 7% del totale dei nuovi nati, un traguardo ambizioso visto che la media europea è al 3%. Per rag-

giungerlo le Regioni dovranno stipulare convenzioni con i gruppi privati da cui acquistare le prestazioni, dato che la sanità pubblica non ha il personale necessario per un simile balzo. Il mercato che si apre vale oltre cento milioni di euro e fa gola a Ivirma. Antonio Pellicer – uno dei due fondatori – si è trasferito in pianta stabile a Roma. La posta lieviterà se passerà la proposta di offrire screening gratuiti di fertilità alle donne all'età di 20, 25 e 30 anni. Un'idea originale e meritoria che allargherà il mercato privato della diagnostica. La proposta arriva da un altro tavolo tecnico istituito dal ministro Schillaci su fertilità e stili di vita coordinato sempre da Maria Rosaria Campitiello.

Maria Rosaria Campitiello ha relazioni politiche e imprenditoriali solidissime



26 giu
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

L'osteopatia compie 150 anni. Le Università italiane sono al lavoro per avviare i primi corsi di laurea

di Paola Sciomachen *

L'osteopatia entra ufficialmente nei corsi universitari italiani. Con questa la notizia il ROI – Registro Osteopati d'Italia ha celebrato, nel corso del Congresso nazionale di Roma, i 150 anni dalla nascita dell'osteopatia. Ad annunciarlo sono stati i rappresentanti delle Università di Firenze e di Torino che hanno reso noto di avere in programma l'apertura del percorso accademico triennale presso i loro atenei.

Con l'avvio dei primi corsi di laurea il passaggio dell'osteopatia a professione sanitaria diventa concreto. L'ingresso nelle università italiane valorizzerà e darà un'ulteriore spinta alla professione. Il ROI è a disposizione per offrire la massima collaborazione a tutti gli atenei italiani che intendono impegnarsi per istituire il corso di laurea in osteopatia. Il nostro obiettivo è che si possano sviluppare programmi formativi d'eccellenza e che venga assicurata la trasmissione della cultura e delle competenze osteopatiche; perciò, non si potrà prescindere dalla presenza degli stessi osteopati nell'insegnamento delle materie caratterizzanti e nel tirocinio clinico.

La conclusione del percorso di regolamentazione della professione è dunque un'esigenza degli osteopati, dei cittadini che da anni si rivolgono con fiducia alla nostra professione e anche del mondo accademico che si prepara a



formare i professionisti di domani. Durante il Congresso di Roma sono arrivate le rassicurazioni da parte del ministero della Salute e del ministero della Ricerca, che ci hanno spiegato come i lavori per il raggiungimento del decreto sulle equipollenze procedano senza sosta, con l'obiettivo di arrivare alla conclusione entro il 2024. Anche in questo ultimo passaggio richiesto dalla legge 3/2018, continueremo come sempre a offrire alle istituzioni la massima disponibilità a collaborare.

Nel corso di questi anni, l'osteopatia è cresciuta molto e l'Italia ha prodotto un numero importante di pubblicazioni scientifiche, che ci collocano ai vertici europei in questo campo, e abbiamo sviluppato significative collaborazioni all'interno di strutture sanitarie e di ospedali, nonostante le evidenti condizioni di difficoltà date dalla mancata definizione della nostra professione.

Il 22 giugno 1874 negli Stati Uniti nasceva l'osteopatia e a 150 anni esatti da quella data la nostra disciplina anche in Italia, grazie a questa crescita di valore, con l'apertura dei corsi di laurea, diventa ufficialmente una professione sanitaria.

Gli osteopati nel prossimo futuro si impegneranno a ricoprire un ruolo centrale nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione, nella più ampia collaborazione ed integrazione con le professioni sanitarie.

** Presidente del ROI – Registro Osteopati d'Italia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA POLEMICA

Fascicolo sanitario, 90mila dicono no “Così Big Pharma vuole schedarci”

di Michele Bocci

Non vogliono che i loro dati di salute finiscano nel Fascicolo sanitario elettronico, temono di essere schedati, di finire nelle grinfie di Big Pharma. Dopo No-Vax e No-Green pass si stanno manifestando, principalmente sulla rete, i No-Fascicolo. Spesso si tratta delle stesse persone, forse pure un po' meno, che agitano blog e social quando i loro guru sentono odore di «uno strumento di controllo dei corpi dei cittadini» (per usare le parole di un avvocato dell'area). Che sia appunto un vaccino oppure uno strumento che permette al paziente di avere sempre sotto mano la sua storia sanitaria (referti, dimissioni, farmaci assunti) e al medico di consultarla.

Il Fse in realtà è un vecchio progetto partito in buona parte delle Regioni (non senza appunti e critiche per alcuni aspetti da parte del Garante della privacy) che in base al Pnrr dovrebbe diventare finalmente nazionale e così aggiungere al nome un "2.0". Si lavora da tempo a una piattaforma unica e intanto si danno regole alle amministrazioni locali. La prossima scadenza importante è quella che mette agitazione nel mondo No-Vax ed è prevista per domenica 30 giugno. Entro quella data chi vuole può opporsi al trasferimen-

to all'interno del fascicolo dei suoi dati sanitari raccolti tra il 2012 e il 19 maggio 2020. Per farlo deve seguire la procedura sul sito www.sistemat.it. Ebbene, malgrado l'apparente ondata di contrari sulla rete, al momento l'opposizione è stata fatta da un numero esiguo di persone. Al 25 giugno erano 90.640 (dei quali 6.371 minorenni), lo 0,15% degli italiani. È vero che in molti non sanno probabilmente nulla della scadenza, annunciata oltre che dai media, ad esempio dalla app della pubblica amministrazione, "Io" ma il dato è bassissimo.

«Se vogliono vendere i miei dati sanitari per fini statistici alle case farmaceutiche mi devono pagare. Gratis, non li avranno», scrive un utente che risponde a un post di Bianca Laura Granato, ex senatrice inizialmente con i Cinquestelle e paladina No-Vax che spiega come revocare il consenso sia «veramente semplice». Claudio Borghi della Lega su X ha annunciato un emendamento nel decreto liste di attesa.

Come detto, a livello regionale il Fascicolo è partito anche da molto tempo, ad esempio in Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana. Tra gennaio e marzo scorso il 18% degli italiani lo ha usato anche se ci sono, come sempre, realtà ancora indietro come Abruzzo, Basilicata, Calabria,

Lazio, Liguria, Marche Molise, Puglia, Sicilia, Umbria. Entro fine anno, le Regioni che non l'hanno fatto, dovranno inserire nel Fascicolo la possibilità di pagare i ticket sanitari, di prenotare di visite ed esami, di scegliere il medico e consultare i referti.

Il Garante della privacy segue con attenzione. Nei giorni scorsi ha notificato a 18 regioni e alle Province autonome l'avvio di procedimenti correttivi e sanzionatori per le «numerosissime violazioni riscontrate nell'attuazione della nuova disciplina sul Fse 2.0». Il problema sarebbe la modifica da parte delle amministrazioni locali del modello di informativa predisposto dal ministero, previo parere del Garante, che avrebbe dovuto essere adottato su tutto il territorio nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sono appena lo 0,15% del totale ma rifiutano di inserire referti e farmaci assunti per non condividere dati sulla salute

La cartella digitale con tutte le notizie sanitarie: la scadenza di domenica



INFORGRAFICA DI PAULA SIRONETTI



Parte a luglio il portafoglio digitale: patente e tessera sanitaria sull'app Io

TECNOLOGIA

ROMA Patente, tessera sanitaria e carta della disabilità a luglio sull'app Io. Dopo una sperimentazione tecnica di quattro mesi arriva il nuovo portafoglio digitale. Non servirà più presentare documenti cartacei a un controllo delle forze dell'ordine e si potrà accedere più facilmente al nuovo Fascicolo sanitario elettronico, prenotando visite ed esami, ma anche pagando i ticket. Ci ha lavorato negli ultimi anni il Dipartimento per l'Innovazione, guidato dal sottosegretario Alessio Butti, insieme all'Agid (Agenzia per l'Italia digitale), attingendo a circa 1,7 miliardi di fondi del Pnrr destinati alla digitalizzazione. L'obiettivo è risparmiare carta e plastica, evitare smarrimenti e furti, tagliare i tempi della burocrazia e rendere più facili servizi e riconoscimenti. Dopo il 15 luglio migliaia di persone riceveranno un avviso sull'app Io, l'applicazione per dialogare con la pubblica amministrazione, che li avviserà dell'abilitazione del servizio. Si tratta di un campione rappresentativo della popolazione nazionale per età, professione e regione di provenienza. Questa seconda fase servirà per vedere come funzionano i documenti in digitale e quali eventuali problemi di fruibilità si riscontrano. Entro ottobre, poi, tutti i cittadini maggiorenni potranno, su richiesta, avere gratuitamente i tre documenti sull'app, certificati con la firma elettronica.

Sarà solo il primo passaggio del

cosiddetto It Wallet. La carta d'identità, fa sapere il Dipartimento per l'Innovazione a *Il Messaggero*, dovrebbe arrivare in formato digitale entro fine anno (inizialmente era prevista a ottobre).

I PROSSIMI PASSI

A quel punto It Wallet potrebbe diventare un'applicazione a sé, facendo entrare progressivamente anche il passaporto, la tessera elettorale e nel 2025 tutti gli altri documenti (come titoli di studio e licenze professionali, oltre che documenti giuridici per i regimi di tutela, rappresentanza o delega). Si potrà acquistare con pochi click un farmaco che richiede ricetta medica o una sim per lo smartphone, oltre che noleggiare un'auto, senza presentare i documenti di persona. Ci sarà poi spazio anche per perizie e titoli o attestati tecnici, grazie a una serie di altri portafogli digitali a pagamento dedicati ai professionisti, alle banche e alle aziende di telecomunicazione, con una partnership tra Stato e imprese. Più nel dettaglio, si potranno avere in formato digitale: attestazioni elettroniche per partecipare a bandi pubblici, titoli professionali per dimostrare l'appartenenza agli albi, i curricula come attestazione elettronica nel rapporto con la Pa e per la selezione del personale, pareri e asseverazioni.

Le aziende private, accreditandosi su un'apposita infrastruttura web che sarà predisposta, potranno proporre altre soluzioni di portafoglio digitale oltre a It wallet. I soggetti privati, dopo un apposito percorso di qualifica e certificazione, potranno quindi sviluppare nuovi e-wallet sul mercato. Non

c'è poi portafoglio senza soldi: si studierà la possibilità di effettuare nuovi pagamenti nei confronti della Pa e dei privati, integrando sistemi di pagamento come Bancomat, Postepay e Satispay. It wallet arriverà in anticipo rispetto all'Eudi Wallet europeo (previsto tra il 2025 e il 2026), con cui però dovrà dialogare.

LA SICUREZZA

La platea dei potenziali interessati dal portafoglio digitale italiano comprende, come detto, ogni cittadino maggiorenne (44,5 milioni di persone), ma visto che si passa dall'app Io, servirà avere o la carta d'identità elettronica (Cie) o lo Spid. In molti, soprattutto anziani, ancora non le hanno. Quanto a possibili malfunzionamenti o intrusioni hacker, It wallet avrà due livelli di validazione dei documenti. I dati dovrebbero essere scambiati senza intermediari, garantendo ai cittadini il controllo su quali informazioni condividere.

Giacomo Andreoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



26 giu
2024

DAL GOVERNO

S
24

Schillaci, in Piano Caldo numero 1500 e codice Pronto soccorso. D'Ascenzo (Inail): linee guida mirate per datori di lavoro e lavoratori, prevenzione prioritaria

«Da oggi è disponibile il numero 1500, quest'anno abbiamo voluto potenziare il servizio, in collaborazione con l'Inail, prestando attenzione anche ai luoghi di lavoro, in particolare quelli outdoor come l'edilizia o l'agricoltura. Personale appositamente formato darà tutte le informazioni necessarie». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci, intervenuto a Roma alla presentazione della campagna di prevenzione contro le ondate di caldo. «Siamo l'unica Nazione con un sistema integrato di comunicazione, sorveglianza epidemiologica e alert», ha rimarcato ricordando che «l'estate scorsa per la prima volta si è ridotto l'eccesso di mortalità tra gli over 65». Dal 20 maggio il ministero della Salute ha avviato il Piano Caldo 2024 per prevenire gli effetti negativi delle elevate temperature sulla popolazione, in particolare sui soggetti più a rischio. E ogni giorno si possono consultare sul sito del ministero i bollettini relativi alle previsioni sulle ondate di calore in 27 città italiane, aggiornati con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio». Alle Regioni è stato poi raccomandato di «rafforzare l'assistenza attivando il codice calore - ha detto Schillaci - il percorso assistenziale preferenziale e differenziato nei Pronto soccorso, di potenziare il servizio di Guardia medica e di riattivare le Usicar per favorire



l'assistenza domiciliare contro l'accesso inappropriato ai Pronto soccorso». «La prevenzione è lo strumento fondamentale per attuare una riduzione del fenomeno degli infortuni», ha avvisato Fabrizio D'Ascenzo, presidente dell'Inail che in collaborazione con il ministero della Salute realizza una parte del 'piano anti caldo'. «C'è un'attività molto sinergica tra Inail e ministero della Salute - ha detto D'Ascenzo -: l'obiettivo è essere sempre più capillari per sensibilizzare sempre più datori di lavoro e lavoratori sul fenomeno caldo. Partire subito con una campagna di questo genere è fondamentale affinché si diffonda consapevolezza dei rischi: dal sistema nazionale di previsione e allarme, al numero 1500 a cui diamo supporto con i nostri contact center al progetto Workclimate che è una sorta di decalogo delle azioni e delle regole di buon senso che vanno rispettate per far sì che non si incorra nei pericoli legati al caldo. Sono linee guida già pubblicate sul nostro portale rinnovato - ha proseguito D'Ascenzo - con interventi strutturali e misure organizzative come la rotazione dei lavoratori affinché le turnazioni non siano troppo lunghe. Formazione e informazione sul cambiamento climatico sono a testimonianza di come buone prassi, prevenzione e attenzione a determinati fenomeni possano incidere sul fenomeno infortunistico e sul contrasto di determinate patologie», ha concluso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BIOETICA

Fine vita, servono parole per capirsi

Paglia a pagina 19


Fine vita, le parole che ci servono

La Libreria Editrice Vaticana (Lev), nella collana "Humana Communitas" curata dalla Pontificia Accademia per la Vita, pubblica il "Piccolo lessico del fine vita" (88 pagine, 12 euro), con l'obiettivo di coniugare divulgazione e rigore scientifico. Monsignor Vincenzo Paglia, presidente dell'Accademia, firma l'introduzione di cui anticipiamo una parte in questa pagina.

VINCENZO PAGLIA


Il dibattito pubblico sulle questioni di fine vita non è una novità. E tuttavia, negli ultimi anni, si è rafforzato in intensità e ampliato in estensione, anche geografica. Se ne parla frequentemente sugli organi di comunicazione e nei social media, a partire sia da situazioni personali che suscitano scalpore sia da proposte legislative che dividono i Parlamenti. Quando poi nella discussione sono coinvolti bambini e neonati, come è avvenuto più volte negli ultimi anni, le contrapposizioni, valicando i confini nazionali, si fanno ancora più accese e diventano materia di contesa, spesso strumentale, tra schieramenti politici.

La partecipazione di porzioni sempre più ampie della società in queste controversie va salutata favorevolmente. Si tratta di temi che riguardano tutti e che hanno una profonda portata sociale e culturale. Quando sono in gioco la vita, la sofferenza e la morte non possono

essere solo i singoli individui che se la debbono sbrigare privatamente, per conto proprio. È perciò un fatto positivo che tutta la comunità si senta coinvolta e chiamata a elaborare in modo condiviso il senso degli eventi più delicati dell'esistenza. Non deve esserci dubbio che essi hanno profonda rilevanza per la comunità intera.

Ma proprio per questa diffusione non è raro che i termini del dibattito risultino equivoci. Le stesse parole talora vengono utilizzate con significati diversi, anche perché non sono facili da maneggiare, con il risultato di rendere difficile intendersi non solo per la differenza delle posizioni ma anche per la complessità dei termini.

Mi sembra quindi un servizio importante quello svolto da questo piccolo lessico sui temi del fine vita. Cercando di andare all'essenziale, queste voci intendono essere allo stesso tempo rigorose concettualmente, avvalendosi dei più recenti dati scientifici, e comprensibili ai non addetti ai lavori. L'obiettivo che l'inventario si prefigge è di aiutare chi cerca di districarsi nella giungla di queste tematiche aggrovigliate, in modo da ridurre almeno quella componente di disaccordo che dipende da un uso



impreciso delle nozioni implicate nel discorso. Un tentativo che riguarda anche le affermazioni talvolta attribuite ai credenti e che non raramente sono invece frutto di luoghi comuni non adeguatamente scrutinati. (...)

Nell'affrontare i temi evocati dalle singole parole, questo lessico tiene conto del contesto pluralista e democratico delle società in cui in cui il dibattito si svolge, soprattutto quando si entra nel campo giuridico. I diversi linguaggi morali non sono affatto incommunicabili e in-traducibili, come alcuni sostengono; lo sforzo che ciascuno compie per comprendere le ragioni dell'altro e per accettare il dialogo con chi la pensa diversamente favorisce il confronto e un' almeno parziale condivisione delle ragioni valide in favore dell'una o dell'altra scelta. La discussione aperta e rispettosa conduce a un dialogo pubblico capace di influenzare positivamente anche le decisioni politiche, mostrando come le mediazioni tra diverse posizioni non sono necessariamente destinate ad assumere la figura scadente del compromesso al ribasso o della negoziazione per uno scambio di favori politici. Il dialogo appassionato e approfondito, che non si arrende all'ideologia preconfezionata e faziosa, può condurre ad autentiche soluzioni condivise. In altri termini, il dialogo sinceramente orientato dal rispetto dell'umano che è comune favorisce un percorso di apprendimento reciproco: non solo tra cattolici e non cattolici, ma tra tutti i portatori di diverse prospettive morali e differenti comprensioni del bene. Questo confronto fornisce quindi un contributo alla convivenza in una società complessa che, al di là delle ideologie e della stessa secolarizzazione, assume con vigilante consapevolezza e matura responsabilità la ricerca di forme concrete e praticabili del bene comune e dell'amicizia sociale.

Sullo sfondo del nesso tra sfera etica e sfera

giuridica, si pone l'altra questione – rilevante per tutti, credenti e non credenti – del rapporto tra etica e fede. L'idea fondamentale, che libera da ogni "fondamentalismo" è che tra etica e diritto

non si dia né materiale identità né astratta separazione. Tra l'etico e il giuridico si dà una relazione reciproca di circolarità, che implica e trova la sua mediazione costitutiva nella cultura che orienta ed esprime il senso comune della qualità umana delle

condotte sociali: ossia, il costume e l'ethos dell'appartenenza e della partecipazione alla condizione umana, storicamente percepibile nelle forme simboliche, pratiche e teoriche, della vita di un popolo. In tale orizzonte, il giuridico è una delle forme vincolanti della cultura relazionale (diritto) che impegna tutti, mentre la cultura è il primo accesso all'esperienza della vita buona che dà senso alla libertà (etica). Il buono è implicato nel giusto che vincola la responsabilità comunitaria di ciascuno, ma il giusto regola situazioni differenti, relative al bene comune della vita sociale di tutti. Ne deriva che una legge giuridica non va né sottostimata, come se non avesse alcuna rilevanza nel campo etico – qui si pone il classico tema del "pendio scivoloso" –, né sopravvalutata, come se essa potesse da sola determinare il costume e l'agire; essa ne è infatti più il "frutto" che la "causa".

Proprio nella cultura si apre il tema della presenza e della testimonianza dei credenti, in quanto anch'essi partecipano al dibattito pubblico, intellettuale, politico e giuridico. Il contributo dei cristiani si realizza all'interno delle differenti culture: non sopra – come se essi possedessero una verità data a priori – né sotto – come se fossero portatori di un'opinione

senza impegno di testimonianza della giustizia condivisibile: soggettivamente rispettabile, ma pregiudizialmente parziale e dogmatica, dunque oggettivamente inaccettabile. Tra credenti e non credenti si stabilisce così una relazione di apprendimento reciproco. Il contributo dei cristiani riguarda la testimonianza delle forme dell'umano implicate nel Vangelo di Gesù, come la tradizione migliore e il Magistero più alto testimoniano nel corso dei secoli, continuando a costituire un riferimento di prima importanza. In questa prospettiva di lungo termine e di orizzonte ampio va anche interpretata la recente Dichiarazione *Dignitas infinita*, che si pone su un piano eminentemente dottrinale. Possiamo anche notare come il documento non elabori una riflessione d'insieme sul rapporto tra etica e sfera giuridica. Rimane quindi aperto lo spazio per la ricerca di mediazioni sul piano legislativo, secondo il tradizionale principio delle "leggi imperfette". In questo modo i credenti assumono la loro responsabilità di rendere ragione a tutti del senso etico (universale) dischiuso nella fede cristiana.

**Presidente
Pontificia Accademia per la Vita**

Per la condivisione su una materia irta di incomprensioni serve un dizionario comune. Anche in vista di mediazioni legislative non al ribasso

ANTICIPAZIONI

La Pontificia Accademia per la Vita pubblica un «Piccolo lessico» essenziale sul tratto conclusivo dell'esistenza per orientarsi tra termini complessi spesso fonte di equivoci, e cercare il vero dialogo. Come spiega il presidente Paglia



PICCOLO LESSICO
DEL FINE VITA



Sopra, la copertina del «Piccolo lessico del fine vita» (Libreria Editrice Vaticana, 88 pagine, 12 euro), opera della Pontificia Accademia per la Vita, fresco di stampa



SUICIDIO ASSISTITO: LA CORTE EUROPEA E IL VERDETTO ATTESO DELLA NOSTRA CONSULTA

I confini indispensabili del “sostegno vitale”

GIOVANNA RAZZANO


La recente sentenza della Corte di Strasburgo “Dániel Karsai v. Hungary” del 13 giugno 2024, in tema di suicidio assistito, è certamente di grande interesse per tutti i 46 Stati membri del Consiglio d’Europa, ma lo è ancor di più per l’Italia, perché sullo stesso tema e anche con riguardo ad alcuni articoli della Convenzione europea dei Diritti umani (Cedu) la Corte costituzionale sta per pronunciarsi nuovamente. La richiesta è arrivata dal gip di Firenze, per il quale l’attuale disciplina – che è uscita dalla stessa pena della Consulta con la sentenza n. 242/2019, che ha modificato l’articolo 580 del Codice penale, creando una circoscritta area di non punibilità all’interno del reato di aiuto al suicidio – sarebbe incostituzionale per contrasto con gli articoli 2, 3, 13, 32 e 117 della Costituzione (quest’ultimo in riferimento agli articoli 8 e 14 della Cedu), dal momento che, fra le condizioni che devono sussistere affinché il reato non sia punibile, vi è anche che il paziente sia tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale. Secondo l’ordinanza del gip, subordinare l’aiuto al suicidio a quest’ultimo requisito sarebbe una compressione del diritto al rispetto della vita privata e familiare sancito dall’articolo 8 Cedu, mentre permettere il suicidio assistito solo ad alcuni malati irreversibili e sofferenti – quelli appunto sottoposti a trattamenti di sostegno vi-

tales – sarebbe discriminatorio e quindi in contrasto con l’articolo 14 Cedu. Tali argomenti, tuttavia, sembrano infrangersi alla luce della menzionata sentenza della Corte di Strasburgo, la quale, in riferimento a un ricorso in cui erano state avanzate simili ragioni, ha dichiarato non solo che è da escludere che dall’articolo 8 della Cedu possa ricavarsi un diritto all’aiuto al suicidio, ma soprattutto che una differenza di trattamento è discriminatoria, ai sensi dell’articolo 14 della Cedu, solo quando manca una ragione giustificativa obiettiva e ragionevole ovvero una ragionevole relazione di proporzionalità fra i mezzi impiegati e lo scopo perseguito. Cosa dire, allora, dell’attuale disciplina italiana? È davvero discriminatoria? Se si richiama il ragionamento condotto dalla Corte costituzionale nella sentenza 242/2019, che ha individuato la circoscritta area di non punibilità basandosi sull’analogia fra chi, sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, può interromperli e chi, nel medesimo stato, desidera terminare più rapidamente la vita col suicidio assistito, si può dire che tale requisito abbia una ragione giustificativa obiettiva. Fra l’altro è quello che pensa la stessa Corte di Strasburgo. In un passaggio della citata sentenza ha infatti affermato che fornire l’aiuto medico al suicidio a pazienti che non dipendono dai supporti vitali può dare luogo a ulteriori sfide e al rischio di abusi (*“provision of Pad in respect of patients who are not dependent on life support may give rise to further*

challenges and a risk of abuse», paragrafo 150: «La fornitura di Morte medicalmente assistita a pazienti che non dipendono dal supporto vitale può dare luogo a ulteriori questioni e a un rischio di abuso»). Ne consegue che, per evitare abusi e rischi a danno delle persone vulnerabili, non è irragionevole fornire l’aiuto medico al suicidio solo a quei pazienti sofferenti che siano altresì sottoposti a trattamento di sostegno vitale. Diversamente, del resto, la circoscritta area di non punibilità di cui ha ragionato la Corte costituzionale diventerebbe un’area molto vasta perché diverrebbero “suicidabili” tutte le persone sofferenti con una malattia irreversibile, purché capaci di prendere decisioni libere e consapevoli. Altrettanto accadrebbe se i trattamenti di sostegno vitale fossero intesi in modo indeterminato, fino a ricomprendere qualsiasi assistenza alla persona, come onestamente riconosce il gip di Firenze: non ogni “aiuto a vivere” può considerarsi trattamento sanitario (sul punto sarà a breve pubblicato anche un parere del Comitato nazionale di Bioetica, su richiesta del Comitato etico territoriale dell’Umbria). Tutto questo non significa affatto ignorare o sminuire la sofferenza delle persone, come ha affermato ancora Strasburgo, nel considerare la gravità della malattia del paziente che aveva sollevato il ricorso, affetto da Sla, ma riconoscere che è probabilmente parte della condizione umana che la scienza medica non sarà forse mai completamente capace di eliminare tutti gli

aspetti della sofferenza di chi è malato terminale. Di fronte a situazioni di elevata vulnerabilità occorre allora, da parte delle autorità degli Stati membri, un approccio essenzialmente umano nel trattare queste situazioni. Un approccio che, secondo i giudici europei, deve necessariamente includere cure palliative contrassegnate da compassione e da alti standard medici. Un auspicio che, alla luce dei principi costituzionali e in particolare del principio personalista e di solidarietà, non si può che condividere. La fase terminale della vita, a differenza di quanti si preoccupano di avvicinarla sempre più a una procedura di morte ben regolata e asettica, è uno spazio non privo di senso nel quale ogni uomo è destinato a entrare con la propria fragilità e con il proprio bagaglio esistenziale.

Professoressa ordinaria di Diritto costituzionale componente del Comitato nazionale per la bioetica

I giudici della Cedu mostrano come vada inteso il “non discriminare” i pazienti. Per prevenire abusi



Dignità, uguaglianza, diritto alla vita È la radice che nutre la democrazia

MARINA CASINI

Le Settimane sociali sono caratterizzate dal segno di “nuovi inizi”. Nella loro storia si può leggere la tensione a rendere significativa la presenza pubblica organizzata dei cattolici italiani, con l’auspicio di una loro unità cementata dai valori fondamentali della dottrina sociale della Chiesa, una unità da costruirsi negli inizi e da ricostruirsi nei momenti di crisi. Il tema di quest’anno (a Trieste dal 3 al 7 luglio) è straordinario anche per chi tiene alla difesa e alla promozione della vita umana: “Al cuore della democrazia”.

Tutti comprendono che non ci può essere democrazia senza uguaglianza, e l’uguaglianza, a sua volta, deriva dalla pari dignità di ogni essere umano. Una dignità, cioè, non intermittente o graduabile, ma presente con la stessa forza e la stessa intensità in ogni uomo, perciò sempre persona, fine, soggetto titolare di diritti. Un sistema, quindi, non è compiutamente democratico se discrimina tra gli uomini e colpisce i diritti fondamentali di alcuni. La cultura moderna – non solo quella giuridica, ma anche quella politica e popolare – sembra aver ormai definitivamente accolto la categoria dell’uguaglianza. La lotta alla discriminazione sull’uomo sta cambiando l’organizzazione sociale, ha determinato la rivoluzione femminile, indica come modelli da seguire coloro che si sono battuti per l’uguaglianza, modifica i rapporti tra gli Stati perché – almeno sulla carta – quando sono in gioco i diritti fondamentali non esistono “questioni interne”, esige – appunto – la democrazia. Certo, osserviamo tante contraddizioni e tradimenti, ma resta il fatto che l’idea di uguaglianza in base al criterio della dignità umana attira e coagula consensi. Il concetto di “uomo” è oggi più che mai al centro del dibattito pubblico ed è chiamato in

causa da tutte le sfide, compresa quella sull’Intelligenza artificiale. Eppure l’uomo nella fase più giovane della sua esistenza (espressione di Jérôme Lejeune) è talmente discriminato – manipolato, distrutto, rifiutato nella cultura, nella società, nelle leggi – che quasi non se ne può parlare; talmente accantonato che la sua qualifica come “uno di noi” può infastidire o addirittura suscitare il timore di non essere politicamente corretti; talmente ritenuto irrilevante da considerare un “diritto” farlo fuori (espressione di papa Francesco) e da far piovere insulti a chi si adopera per aiutare le donne a superare la difficoltà ad accoglierlo. È compiuta dunque la democrazia in una società che fa dello scarto di esseri umani un trofeo? La funzione dei cattolici nell’attuale società italiana può ignorare questa offesa alla democrazia sostanziale? Nessuna democrazia è veramente compiuta se non parte dal più completo rispetto per ogni uomo, e in particolare per chi più di chiunque altro è debole, indifeso e bisognoso della solidarietà di tutti. L’impegno dei cristiani nel sociale, nel pre-politico e anche nel politico, non può che essere caratterizzato dall’impegno a rendere la società accogliente specialmente nei confronti del “più povero tra i poveri”, espressione con cui Madre Teresa chiamava i bambini non ancora nati.

“Fissazione”? Questione periferica, più moraleggiante che centrale e sociale? Nulla di tutto questo: proprio nella prospettiva della democrazia, l’aborto considerato “diritto” ne appare obiettivamente la massima offesa e un urgentissimo problema da risolvere. Altre aggressioni all’uomo non avvengono con un così vasto tradimento della verità.

È evidente che il diritto alla vita non riguarda solo l’aborto, ma esi-

ge impegno a tutto campo su ogni frontiera e per l’intero arco dell’esistenza. Tuttavia, se davvero abbiamo a cuore tutta la vita non possiamo ignorare che lo sguardo sull’inizio rende più pura e profonda la prossimità verso ogni altra periferia dove l’uomo è disprezzato, emarginato, vilipeso; accogliere “lui” significa rinsaldare le basi di ogni accoglienza; la solidarietà verso le madri in difficoltà e dunque verso i loro bimbi in grembo rafforza la solidarietà verso tutta la vita; riconoscere il concepito come uno di noi è il fondamento di un più alto livello di civiltà e prepara un futuro in cui si realizzano – nella verità e in misura sempre maggiore – l’uguaglianza, la pace, la solidarietà, la giustizia, la libertà, l’autentico fondamento dei diritti dell’uomo, e pertanto la democrazia. Il nostro impegno, anche sull’onda della Settimana sociale, deve «intensificarsi nonostante ogni difficoltà, sapendo che dalla acuta percezione del valore della vita deriva una energia di rinnovamento; che non è possibile alcuna rassegnazione e che è necessario promuovere la dignità umana dedicando ogni risorsa di pensiero e di azione perché si possa ritrovare fiducia. Noi presumiamo che meditando sul figlio-dono progettiamo anche l’intera città dell’uomo, rendendo solide le sue colonne portanti, quelle della libertà, del diritto, della democrazia, della solidarietà» (Carlo Casini). ù

A volte il fascino (la tentazione!) del “nuovismo” fa dimenticare ciò che è veramente nuovo, capace di imprimere nella società il positivo cambiamento da tutti auspicato e di rispondere al grande bisogno di un... nuovo inizio.

**Presidente
del Movimento per la Vita
italiano**



Stop all'aborto, più mortalità infantile quella marcia indietro del Texas

Il totale dei decessi tra i neonati è aumentato del 12,9% rispetto all'1,8% nel resto degli Usa. Fra le cause principali i difetti congeniti: è la conseguenza della stretta sulle interruzioni volontarie

SIMONA SIRI
NEW YORK

Entrata in vigore in Texas nel settembre 2021, la legge chiamata Senate Bill 8 è una delle leggi più restrittive in termini di interruzione di gravidanza di tutti gli Stati Uniti: non fa eccezioni per stupro o incesto, costringendo le donne a portare a termine una gravidanza anche in circostanze traumatiche. Inoltre, non fa eccezioni per le anomalie congenite, note anche come difetti alla nascita.

L'unica eccezione che consente di ottenere un aborto dopo sei settimane è «se un medico ritiene che esista un'emergenza medica», secondo il linguaggio contenuto nel disegno di legge. Oggi, a due anni dalla sua entrata in vigore, uno studio traccia un possibile collegamento tra l'aumento della mortalità infantile in Texas – ovvero bambini morti entro il primo anno di vita – e le restrizioni statali sull'aborto. Pubblicato tre giorni fa sulla rivista scientifica *Jama Pediatrics* – una pubblicazione del *Journal of American Medical Association* – lo studio della Johns Hopkins University cita un rapporto investigativo della *Cnn* che lo scorso anno ri-

velò un improvviso picco di morti infantili in Texas, tra il 2021 e il 2022. Prendendo come spunto il dato riportato dai media, i ricercatori hanno quindi condotto una analisi sistematica, ottenendo risultati che lo confermano. In particolare, lo studio pubblicato su *Jama Pediatrics* ha rilevato che, tra il 2021 e il 2022, il totale delle morti infantili in Texas è aumentato del 12,9% rispetto a un aumento molto più contenuto nel resto degli Stati Uniti, pari all'1,8%. È stato inoltre riscontrato un aumento significativo nel tasso di mortalità infantile – ovvero il numero di decessi per mille nati vivi – rispetto al resto del Paese, dato che suggerisce che l'aumento del numero totale di morti infantili non è esclusivamente il sottoprodotto di un aumento delle nascite.

Nello stesso periodo, il tasso di mortalità infantile è aumentato dell'8,3% in Texas – pari a 5,75 ogni 1.000 nascite – rispetto a un aumento del 2,2% nel resto della nazione. Anche il tasso di mortalità neonatale – ovvero la morte di bambini di età inferiore ai 28 giorni – è aumentato in Texas del 5,8% mentre è diminuito nel resto degli Stati Uniti. Tra le cause di morte, i difetti congeniti hanno mostrato un aumento del 23%, rispetto a un calo di circa il 3% nel resto degli Stati Uniti.

La legge del Texas blocca gli aborti dopo il rilevamento dell'attività cardiaca, di solito cinque o sei settimane di gravidanza, ben prima degli esami che di solito vengono eseguiti per rilevare anomalie fetali. «I nostri risultati suggeriscono che le politiche restrittive sull'aborto che limitano la capacità delle donne incinte di interrompere la gravidanza, in particolare quelle con anomalie fetali diagnosticate più tardi durante la gravidanza, possono portare ad un aumento della mortalità infantile», ha detto in un comunicato Suzanne Bell, una delle autrici principali dello studio. «Questi risultati chiariscono le conseguenze potenzialmente devastanti che i divieti di aborto possono avere sulle donne incinte e sulle famiglie che non sono in grado di superare gli ostacoli per accedere a questo servizio essenziale di salute riproduttiva».

Già nel 2022 il Centers for Disease Control and Prevention aveva rivelato che il tasso di mortalità infantile in tutti gli Stati Uniti era aumentato del 3%, l'aumento più grande in due decenni. «Il tasso nazionale è salito a 5,6 morti infantili ogni 1.000 nati vivi nel 2022, rispetto al 5,4 ogni 1.000 dell'anno precedente» affermava il rapporto. «L'aumento può sembrare piccolo, ma è il primo aumento statisticamente si-

gnificativo del tasso dall'aumento tra il 2001 e il 2002», aveva detto Danielle Ely, autrice principale del rapporto del Cdc, aggiungendo che più di 30 Stati avevano registrato lievi aumenti dei tassi di mortalità infantile nel 2022, ma quattro Stati avevano registrato aumenti statisticamente significativi: Georgia, Iowa, Missouri e appunto Texas (con la Georgia che aveva avuto 116 morti infantili in più rispetto all'anno precedente, e il Texas che ne aveva avute 251 in più).

Mentre servono altri studi negli altri Stati, questo sul Texas mette in luce quindi l'associazione tra politiche anti aborto restrittive e aumento della mortalità infantile, il primo passo, secondo gli studiosi, affinché sia compresa appieno la gravità della situazione. «Come pediatri che aiutano i bambini a diventare adulti sani – ha affermato il dottor Sandy Chung, presidente dell'American Academy of Pediatrics alla *Cnn* – ogni morte di un bambino è una morte di troppo. Il tasso di mortalità infantile in questo Paese è inaccettabile». —

I passaggi principali della vicenda

1

L'entrata in vigore
La legge entrata in vigore nel 2021 costringe le donne a portare a termine la gravidanza anche in caso di stupro, incesto e anomalie congenite

2

L'unica eccezione
L'aborto è consentito, in via del tutto eccezionale, dopo sei settimane se un medico ritiene che esista un'emergenza medica



3

L'incremento delle morti
Le morti infantili in Texas sono aumentate di quasi il 13 per cento l'anno successivo all'approvazione della legge



La rinascita di Giorgia, una vita normale grazie alla terapia genica

► Malata di leucodistrofia metacromatica, patologia rara che colpisce un bambino su 100mila. È stata curata in tempo al Tiger, l'Istituto San Raffaele Telethon di Milano

LA STORIA

ROMA Quando un piccolo paziente affetto da una malattia rara riceve una cura che ridà speranza, di sicuro ogni anno la festa con la torta e le candeline raddoppia. «Noi festeggiamo due compleanni: a gennaio, per la data di nascita di mia figlia Giorgia, e poi a febbraio», racconta Antonio. E finalmente può dirlo col sorriso, perché la piccola bimba romana, che quest'anno ha compiuto 9 anni, sta bene grazie alla terapia genica alla quale è stata sottoposta nel 2016 al Tiger, l'Istituto San Raffaele Telethon di Milano. «In realtà - ammette il papà - dopo un po' si vive una vita normale, come se non fosse successo niente». Eppure la patologia che è stata diagnosticata a Giorgia, la leucodistrofia metacro-

matica (mld), se non curata in modo precoce non fa ben sperare. Si tratta infatti di una malattia neurodegenerativa progressiva, e colpisce circa 1 bambino ogni 100 mila. «Noi l'abbiamo scoperto grazie alla sorella maggiore, Sofia, che ha cominciato ad avere dei segni della malattia non facilmente interpretabili - ricorda Antonio - La bambina si muoveva come se avesse un leggero ritardo motorio, camminava in modo instabile, un po' dondolante. Ma l'unico sintomo fisico che ha avuto in modo evidente è stato il fatto che uno dei due occhi era diventato convergente da un giorno all'altro».

E così Antonio, insieme alla mo-

glie Roberta, cominciano a pre-

occuparsi. «La diagnosi ci è stata fatta all'ospedale pediatrico Bambino Gesù. Poi è successo tutto così in fretta che non abbiamo avuto il tempo neanche di rendercene conto». I medici scoprono infatti che entrambi i genitori sono portatori sani. E che pure Giorgia ha la stessa malattia della sorella più grande. «L'ho saputo al telefono da mia moglie che in quel momento era in ospedale. Non sapevo cosa pensare - ammette Antonio - Per fortuna per Giorgia c'era la speranza della cura genica al Tiger di Milano. La bimba grande, invece, non poteva accedere a questa terapia perché ormai sintomatica, ma sta comunque ricevendo altre cure che rallentano la malattia».

«PORTATORI SANI»

Come spiegano infatti da Telethon, la terapia genica per la mld ha dimostrato di preservare la funzione motoria e le capacità cognitive nella maggior parte dei pazienti purché somministrata in modo tempestivo. «Io e mia moglie non sapevamo di essere portatori sani - rimarca Antonio - Per scoprirlo servono controlli specifici». La tempestività della diagnosi ha dunque permesso a Giorgia di festeggiare una seconda nascita. Ma grazie ai test neonatali, ora anche molti altri bimbi potranno ricevere le cure in modo precoce: in Lombardia è stato avviato infatti uno studio pilota per lo screening gratuito di circa centomila neonati; promosso dalla Fondazione Telethon grazie ad un accordo con la Fondazione per l'Ospedale dei

Bambini Buzzi, durerà 30 mesi e sarà coordinato dall'Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi" di Milano.

Per individuare la leucodistrofia metacromatica, basterà un campione di sangue prelevato dal tallone di ogni neonato nei primi tre giorni di vita.

LA PRIMA SPERIMENTAZIONE

In Italia, la prima Regione ad avviare uno screening per la mld è stata nel 2003 la Toscana; è coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze e finanziato anche grazie all'Associazione Voa Voa Amici di Sofia. Lo studio lombardo utilizzerà lo stesso protocollo. «I dati raccolti nelle due regioni italiane - spiega la coordinatrice Cristina Cereda, responsabile del Programma di screening neonatale dell'Ospedale Buzzi - saranno così perfettamente confrontabili, un aspetto importante nell'ottica di introdurre in futuro il test in tutto il Paese. Vista la gravità della malattia, è fondamentale ridurre al minimo i falsi positivi per non creare inutili ansie nei genitori, ma anche i falsi negativi, per offrire la possibilità della terapia genica a tutti quei bambi-



ni che potenzialmente potrebbero beneficiarne». I neonati che risulteranno positivi anche dopo i test genetici di conferma saranno indirizzati all'Ospedale San Raffaele di Milano.

«Di fronte al percorso straordinario che ha portato dai primi studi in laboratorio, oltre 25 anni fa, all'approvazione della terapia genica come farmaco prima nell'Unione europea e, di recente, anche negli Stati Uniti - ha dichiarato Celeste Scotti, direttore Ricerca e Sviluppo di Telethon - non possiamo dimenticare tutti quei bambini a cui non è stato possibile offrire que-

sto trattamento. Ecco, vorremmo che al più presto possibile nessuno venga più lasciato indietro e lo screening neonatale sarebbe uno strumento indispensabile in questo senso».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FONDAMENTALE LA TEMPESTIVITÀ DELLA DIAGNOSI IN LOMBARDIA AVVIATO UNO SCREENING SU CENTOMILA NEONATI



Giorgia festeggia i suoi 9 anni con i genitori Roberta e Antonio e la sorella Sofia. Una diagnosi tempestiva è stata fondamentale per permettere una vita normale alla piccola





Dir. Resp.: Marco Girardo

STUDIO IN LOMBARDIA PROMOSSO DA FONDAZIONE TELETHON

Diagnosi precoci: screening su 100mila neonati

Al via in Lombardia uno studio promosso da Fondazione Telethon con l'Ospedale pediatrico Buzzi di Milano per lo screening neonatale di una gravissima malattia neurodegenerativa di origine genetica, la leucodistrofia metacromatica. Coinvolgerà centomila neonati con l'obiettivo di validare un test per la diagnosi della patologia prima che se ne manifestino i sintomi. Fino a pochi anni fa non c'era cura: ma dal 2020 è stata approvata la terapia genica messa a punto grazie ai ricercatori dell'Istituto San Raffaele-Telethon di Milano, ma per funzionare deve essere somministrata prima che il

sistema nervoso venga danneggiato. Al momento, quindi, è possibile curare solo i fratelli minori di bambini ai quali è già stata diagnosticata la malattia. Ecco perché la diagnosi precoce è fondamentale: tanti bimbi avrebbero avuto una cura. Come nel caso della piccola Elettra: la malattia è stata scoperta quando aveva 3 anni e mezzo, troppo tardi per la terapia genica. Ora non riesce più a camminare, a parlare, a controllare il corpo. **(Costanza Oliva)**



Se il Dna sbaglia correggiamolo

di MARCO CAMBIAGHI*



ei prossimi anni il numero di malattie a cui verrà applicata una terapia genica crescerà enormemente, superando i limiti tecnici legati al condizionamento del paziente e agendo su tessuti oggi considerati off limits, come il cervello». Chi parla è Luigi Naldini,

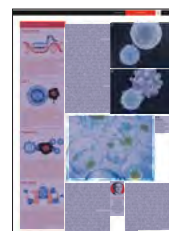
pioniere della terapia genica e direttore dell'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica, oltre che professore di istologia all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. Quella che stiamo vivendo nel campo della medicina - spiega - è una rivoluzione. «Ora lavoriamo per migliorare le strategie più consolidate alla base della terapia genica, ma anche per applicarla ai tumori, con livelli di precisione mai raggiunti prima grazie a diversi gruppi di ricerca sparsi per il mondo».

Alcuni sono termini noti, altri stanno entrando nel vocabolario comune e altri ancora lo faranno: DNA e Hiv, Crispr, Ada-Scid e Car-T. Naldini l'ha ribadito al Galileo Festival di Padova, parlando di un tema che gli è caro: il futuro delle cure che hanno a che fare con i nostri geni. «Oggi come non mai - sottolinea - abbiamo a disposizione tecniche potenti e sicure, che ci permettono di manipolare il DNA: lo facciamo in una frazione di cellule di un individuo, generalmente affetto da una malattia, e ne correggiamo le basi». Sul come farlo, ovviamente, le cose si complicano, ma è proprio qui che interviene l'enorme conoscenza tecnica e biologica frutto della ricerca di base, realizzata sui banconi e con i modelli preclinici. «È possibile aggiungere un nuovo gene funzionale - spiega Naldini - quando quello presente è malfunzionante, sostituendo l'intero pacchetto di informazioni. Con le nuove tecniche come Crispr/Cas9 si può addirittura correggere e riscrivere il gene ereditato: non si tratta solo di una tecnica sperimentale, applicata in molti laboratori, ma di una realtà clinica».

La terapia genica, però, è più complessa di ciò che sembra. «Le cellule - osserva Naldini - sono gelose dei propri geni e li difendono da quelli che provengono dall'esterno». La terapia genica, non a caso, è

nata quando è diventato possibile oltrepassare questo limite biologico, approdando all'ambito clinico. La chiave, come spesso accade nella scienza, è stata la capacità di copiare la natura. Se ci si chiede chi è in grado di trasferire i geni tra diverse cellule, la risposta è chiara: i virus. Sono loro che trasferiscono i propri geni in una cellula per espandersi. È un processo che ha impiegato qualche milione di anni per evolversi e che la ricerca ha compreso, un po' alla volta, negli ultimi 70. «Noi - continua Naldini - abbiamo iniziato a lavorare con il virus dell'Hiv, responsabile della pandemia di Aids. Si tratta di un retrovirus, ovvero un virus che non solo porta i propri geni nella cellula ospite, ma che è in grado di inserirli nei cromosomi della cellula infettata. Ci siamo quindi detti che, se fossimo riusciti a sfruttare questa capacità, ovviamente eliminandone la componente patogena, avremmo avuto uno strumento efficace per fare terapia genica».

Trasformare il virus dell'Hiv per piegarlo ai nostri desideri non è stato un lavoro semplice, né breve, e molto si deve alla Fondazione Telethon. «Telethon ha avuto un ruolo cruciale: è un ente di eccellenza che ha sempre guardato alla ricerca con occhio critico, finanziando studi importanti e riuscendo ad aggregare ricercatori intorno alla missione di curare le malattie genetiche rare. La terapia genica è risultata essere particolarmente adatta alla cura di queste malattie, poiché sono dovute al difetto di un singolo gene, diversamente da malattie comuni che hanno, generalmente, molte cause genetiche, spesso associate a concause ambientali. La malattia genetica rara può essere devastante - osserva Naldini - ma ha una causa paradossalmente semplice: uno solo delle migliaia di geni che abbiamo può causare quello spe-



cifico danno. Se riesco a rimpiazzare il danno, vado a colpire alla radice e risolvo il problema».

Una simile caratteristica ha fatto sì che le malattie genetiche rare fossero il primo bersaglio su cui provare questo approccio innovativo. I pazienti, nella maggior parte dei casi, sono bambini, perché la malattia genetica, quando è grave, colpisce precocemente. «Ricordo ancora - dice Naldini - l'infusione delle prime cellule corrette in un bambino venuto dall'Egitto e i risultati ottenuti, ogni volta che si interviene in tempo». Non si deve pensare a una pillola da prendere prima o dopo i pasti. «Sono farmaci sfidanti di per sé: funzionano, ma si portano appresso una complessa accettazione sociale. Il virus viene smontato e rimontato. Il tutto si complica ulteriormente, se pensiamo che dobbiamo isolare delle cellule da un paziente ed esporle al virus preparato con il gene corretto, per riportarle nello stesso individuo. Le cellule modificate - osserva il professore - sono il vero e proprio farmaco e, quindi, non c'è nulla di più personalizzato. Non per tutte le patologie è così e in alcuni casi iniettiamo direttamente il farmaco. È un processo complesso ma, se funziona, basta un'unica somministrazione. I primi bambini trattati hanno, oggi, 16 anni e più: fanno una vita normale».

Molte delle patologie trattate sono le immunodeficienze, le prime in cui la terapia genica ha funzionato, come l'Ada-Scid o la Scid-X1. Ci sono poi la talassemia o l'anemia falciforme, che ancora riguardano il sangue. Una terza famiglia di malattie trattata è quella delle malattie da accumulo lisosomiali, nelle cellule che smaltiscono i prodotti del metabolismo, e poi, ancora, l'emofilia e le degenerazioni della retina. Il team di Naldini ha avuto un importante ruolo in questo ambito di ricerca, ma oggi la terapia genica sta iniziando a essere utilizzata anche per malattie "comuni", prima di tutto i tumori. «Sappiamo - aggiunge Naldini - che anche il tumore ha una causa genetica e spesso la mutazione non viene acquisita dalla cellula e ne esiste più di una. Oggi è ancora troppo difficile correggere tante mutazioni insieme in modo efficace. Quello che ha funzionato è un cambio di paradigma. Non usiamo la terapia genica per correggere la cellula tumorale, ma per potenziare chi ci protegge: le cellule dell'immunità. Si modifica un recettore in modo che le cellule di sorveglianza siano modificate e diventino killer tumorali: li chiamiamo Car-T. In molti tumori del sangue queste terapie ot-

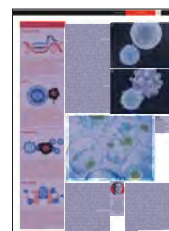
tengono ottime risposte e almeno nel 50% dei pazienti il tumore è curato. In alcuni centri italiani questo approccio così complesso è già presente e ora stiamo lavorando anche sui tumori solidi».

Ma perché certi tumori sono ancora intrattabili? «Quando diventa clinicamente visibile, il tumore è, con ogni probabilità, in crescita da anni e quindi impara a difendersi dall'attacco immunitario, creando un microambiente a lui affine. La strategia mira a modificare questo ambiente, che nei tumori liquidi è meno importante rispetto ai tumori solidi». Il tumore conferma, perciò, il darwinismo, avvantaggiandosi del fatto che compie i diversi passaggi molto velocemente. Inoltre, l'enorme eterogeneità che caratterizza i tumori fa sì che non ci sia una sola ricetta: «L'immunoterapia può funzionare in ambiti trasversali e non si può pensare a unico approccio». Se le tecniche alla base della terapia genica sembrano permetterci ampie manovre sul DNA, viene da chiedersi se il limite non sia proprio la conoscenza del genoma stesso. «Ci sono - dice Naldini - ampie zone oscure: le informazioni che codificano per le proteine sono tra l'1 e il 3%. Fino al 20-30% del genoma, invece, ha funzione regolatoria per la corretta espressione di quelle stesse proteine e questo è alla base della diversità: perché un gene si esprime nel naso e non nell'osso. Il resto è dovuto a sequenze ripetute: sono parassiti che nella storia della nostra specie sono entrati in noi e si sono disseminati. È zavorra, junk. Anche in quest'ambito si fanno passi da gigante, ma credo che la parte regolatoria sia il grande mondo da sviluppare. Per la terapia genica, forse, il confine attuale è rappresentato dal fatto che siamo ancora limitati al singolo gene, mentre le malattie complesse non sono bersagli facili. Comunque - conclude - se queste sono le premesse, è solo questione di tempo e di ricerca».

** Marco Cambiaghi, Università di Verona*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La terapia genica sta facendo nuovi balzi per curare molte malattie e prima di tutto i tumori: ecco le prospettive secondo Luigi Naldini, pioniere di una tecnologia che promette approcci su misura e sempre più efficaci



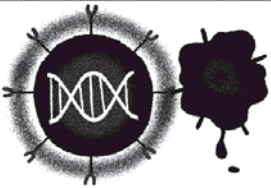
DIFESE E AGGRESSIONI

Crispr/Cas9



Il sistema Crispr/Cas9 è un approccio di ingegneria genetica efficace e versatile sviluppato a partire dalla scoperta che il primitivo sistema immunitario dei batteri distrugge i virus frammentandone in modo specifico e mirato il DNA. Ampliato utilizzato nella ricerca di base, questa tecnica viene oggi adattata alla terapia genica, in quanto consente di modificare con precisione il DNA permettendo di correggere, rimuovere o aggiungere una specifica sequenza, anche molto piccola.

Car-T



La tecnologia Car-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy) viene ampiamente utilizzata nei pazienti oncologici. Si basa sulla modifica genetica dei linfociti T del paziente, trasformandoli in soldati immunitari potenziati capaci di riconoscere e distruggere le cellule tumorali. I linfociti vengono prelevati, trasformati in laboratorio con un recettore in grado di riconoscere i tumori e re-iniettati nel paziente, dove iniziano a ricercare e attaccare le cellule neoplastiche.

Retrovirus



I retrovirus sono una famiglia di virus che utilizzano l'RNA come materiale genetico, a differenza della maggior parte dei virus che usano il DNA. La loro caratteristica peculiare è la capacità di invertire il proprio RNA in DNA grazie a un enzima chiamato trascrittasi inversa. Questo permette al virus di integrarsi nel genoma della cellula ospite, diventando parte permanente di essa. I nuovi virus vengono rilasciati dalla cellula ospite, pronti per infettare altre cellule. Nella terapia genica sono sfruttati come vettori, per correggere i difetti genetici alla radice.

Ada-Scid



L'Ada-Scid (immunodeficienza combinata grave da deficit di adenosina deaminasi) una malattia genetica rara e complessa, che colpisce il sistema immunitario. Le persone con Ada-Scid nascono con un difetto genetico che blocca la produzione dell'enzima adenosina deaminasi (Ada), fondamentale per il corretto funzionamento del sistema immunitario, in quanto contribuisce alla distruzione di virus e batteri. Questi pazienti hanno un sistema immunitario debole e inefficace, esponendo il bambino a gravi infezioni ricorrenti.

1

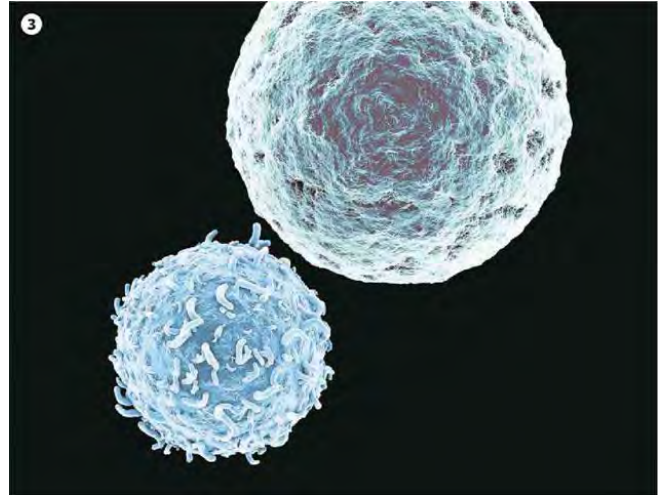
La ricerca
L'obiettivo è migliorare le strategie per riuscire ad applicare la terapia genica anche ai tumori

2

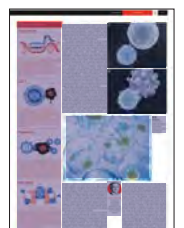
In laboratorio
Le diverse tecniche a disposizione permettono di manipolare il Dna

3 4

Apoptosi
Un linfocita T, cellula del sistema immunitario, attacca una cellula tumorale per distruggerla



LUIGI NALDINI
Professore di istologia e Direttore dell'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica



REPORTAGE

Nella fabbrica delle Car-T

di VALERIA PINI

È una lotta contro il tempo per salvare vite di pazienti con tumore avanzato. Una possibilità che potrebbe dare una terapia di ultima generazione. Parliamo delle cellule Car-T, cura su misura per persone con leucemia o linfoma che hanno avuto ricadute dopo uno o più trattamenti convenzionali. Ma non si tratta di un farmaco come un altro. Nasce con un procedimento complesso in una factory per le terapie biologiche. Siamo ad Amsterdam, nella sede di Kite, consociata di Gilead, inaugurata durante la prima ondata della pandemia, nel marzo 2020. Qui, in un'area che occupa 19 mila metri quadri, ogni anno vengono prodotte 4 mila immunoterapie Car-T. Servono a pazienti con linfoma diffuso a grandi cellule B, linfoma primitivo del mediastino, linfoma mantellare, linfoma follicolare e leucemia linfoblastica acuta.

Dall'ingresso di una palazzina nata all'insegna della biosostenibilità si accede a un'enorme scalinata con parquet che serve anche da anfiteatro. Al piano terra si trovano i laboratori, dove nasce questo farmaco salva-vita. Prima di visitarli, bisogna indossare un camice e sterilizzare scarpe e mani. Nulla può contaminare il centro, dove si eseguono i test scientifici. Un solo errore di negligenza cancellerebbe il lavoro di giorni. L'accesso ai laboratori è vietato, ma la lavorazione può essere osservata dalle finestre lungo i corridoi. Ogni giorno nel centro di Amsterdam arrivano campioni da tutto il mondo. Se, per esempio, un medico prescrive la terapia Car-T a Milano, le cellule del paziente verranno prelevate in Italia e man-

date nei Paesi Bassi. Servono 19 giorni da quando il materiale arriva in sede per preparare la terapia. Un percorso che si conclude quando il farmaco riparte verso l'Italia per essere consegnato al paziente.

Il meccanismo d'azione delle Car-T punta a combattere il tumore come se fosse un agente estraneo al corpo, rafforzando il sistema immunitario in modo da risvegliare la risposta immunitaria e attivarla per riconoscere le cellule maligne e ucciderle. Questo avviene attraverso i linfociti T, un particolare tipo di globuli bianchi responsabili della difesa del nostro organismo dalle malattie, in grado di riconoscere e sopprimere le cellule tumorali svolgendo un'azione di "sorveglianza immunologica".

La preparazione delle Car-T è complessa: comincia con il prelievo di cellule dal sangue del paziente che, una volta arrivate ad Amsterdam, vengono separate dal resto delle cellule sanguigne e dal plasma attraverso una tecnica che permette la raccolta dei soli linfociti. Questi ultimi vengono spediti nei laboratori dove vengono trattati con tecniche di ingegneria genetica. All'interno dei linfociti viene introdotto il recettore Car ("Chimeric Antigen Receptor"), capace di riconoscere le cellule tumorali. I Car-T così ottenuti esprimono sulla propria superficie il recettore che individua l'antigene specifico, una proteina caratteristica delle cellule del tumore del sangue. Dopo 3-4 settimane, i linfociti Car-T sono pronti per essere infusi nel sangue del paziente, per attaccare e distruggere le cellule tumorali.

In pochi anni ad Amsterdam sono state preparate terapie per 21.300 persone. Dalle vetrate dei

laboratori si osservano i ricercatori lavorare. Indossano enormi camici isolanti, che coprono anche il viso. Si muovono lentamente per evitare che il materiale sia compromesso. Sembrano astronauti durante una missione spaziale. Nelle stanze dove lavorano ogni piccolo spostamento di aria potrebbe creare un danno al campione. Una volta elaborata, la terapia viene conservata a -180°C, all'interno di enormi contenitori. I ricercatori indossano guanti ingombranti per proteggersi dal freddo. Il materiale può rimanere qui per un massimo di 10 giorni. L'obiettivo è mandarlo al più presto al paziente. Per questo i laboratori sono a pochi chilometri dell'aeroporto Schiphol di Amsterdam, uno dei più grandi scali europei.

La terapia con Car-T offre ai pazienti con linfomi aggressivi e con molte ricadute una possibilità per provare a controllare la malattia, una via per la guarigione fino a qualche anno fa, impensabile. Parliamo di casi gravi, della cosiddetta terza linea, quando il tumore si diffonde anche ai tessuti circostanti e ai linfonodi vicini. I dati dei laboratori di Amsterdam dicono che in 5 anni il 46% degli individui trattati è ancora in vita e gran parte è in remissione completa. Non tutti i pazienti, però, possono sottoporsi a questa terapia e non tutti raggiungono i risultati sperati.

Ora per i ricercatori che lavorano ad Amsterdam la sfida è quella di velocizzare l'iter per produrre le cellule Car-T. Già oggi nei laboratori

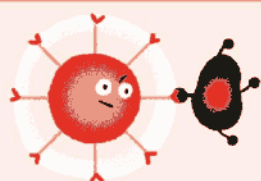


Kite-Gilead negli Stati Uniti i tempi sono scesi a 14 giorni, rispetto ai 19 necessari nella sede dei Paesi Bassi. Ma è iniziata a maggio una sperimentazione per preparare parte della terapia in modo meccanico. Si è già dimostrata efficace e sicura, visto che cala il margine di errori. A breve dovrebbe ricevere l'approvazione dell'EmA, l'Agenzia europea per i medicinali e potrà così servire per salvare sempre più vite.

Una terapia cellulare. Contro leucemie e linfomi avanzati. Non un farmaco, ma una sorta di trapianto. Un'operazione biotech che parte dai tessuti del malato. Siamo andati a vedere come si fa

NUMERI

4 mila



Sono le immunoterapie Car-T prodotte nei laboratori di Amsterdam ogni anno: per linfoma diffuso a grandi cellule B, linfoma primitivo del mediastino, linfoma mantellare e follicolare e leucemia linfoblastica acuta

21.300



Sono i pazienti trattati ad Amsterdam dove arrivano i campioni provenienti dall'Europa e dalle aree limitrofe. Esistono altri due centri negli Stati Uniti per realizzare cure per chi, invece, abita nell'altra parte dell'emisfero

19 giorni



È il tempo necessario per realizzare una terapia Car-T nei laboratori di Amsterdam. Negli Usa ci vogliono 14 giorni. A breve il processo sarà più veloce anche in Europa, grazie a un sistema di produzione meccanica

46%



È la percentuale dei pazienti trattati con questa cura che negli ultimi 5 anni è ancora in vita. Non tutti i pazienti però sono candidabili a questo tipo di trattamento di ultima generazione. Vanno analizzati i singoli casi

1 La preparazione

Una volta elaborata, la terapia viene conservata a -180°C

2 La tecnica

All'interno dei linfociti viene introdotto il recettore Car capace di riconoscere le cellule tumorali





Dir. Resp.: Marco Girardo

Sarà più facile riprogrammare il genoma

Non forbici molecolari, come quelle della tecnica di editing genomico Crispr, ma un “bypass” tra la sequenza donatrice e quella bersaglio senza tagliare il Dna: è il nuovo metodo per riprogrammare il genoma descritto su *Nature* in due studi pubblicati da Atrick Hsu dell'Arc Institute (Usa) e Hiroshi Nishimasu dell'Università di Tokyo. Un importante passo avanti per l'ingegneria genetica e per la terapia

genica. I gruppi hanno messo a punto la tecnica con esperimenti sui batteri, ora saranno necessarie altre ricerche per valutare se il metodo è sicuro in diverse specie e cellule, mammiferi compresi.



Mi hackero

e non invecchio

Intelligenza Artificiale e biotech permettono di manipolare i nostri profili genetici. Trasformandoli a seconda di quello che vogliamo ottenere: dalla cura del cancro all'eterna giovinezza

di IRMA D'ARIA

Gli appassionati di fantascienza ricorderanno il film del 2011 *In time*, in cui i co-protagonisti, Justin

Timberlake e Amanda Seyfried, vivono in un mondo futuro dove l'invecchiamento si ferma a 25 anni. Oggi uno scenario del genere sembra sempre meno improbabile: significativo è l'esempio di personaggi come Bryan Johnson e Dave Asprey. Si tratta di miliardari che si dedicano anima e corpo a investire i processi di invecchiamento con il biohacking, tecnologia che si basa sull'idea che sia possibile "hackerare" il corpo per ottimizzare la salute, trasformando l'organismo e potenziando anche le capacità cognitive. E ora che l'Intelligenza Artificiale si diffonde anche in medicina l'obiettivo di una vita sempre più longeva e in buona salute sembra avvicinarsi. Ne è convinto Jamie Metzl, futurologo, esperto di IA e biotecnologie, autore del bestseller *Hacking Darwin. Genetic Engineering and the future of humanity* (sourcebooks).

Ospite in Italia in occasione dell'evento "Milan Longevity Summit - Riscrivere il tempo. Scienza e Miti nella corsa alla Longevità", Metzl disegna scenari vertiginosi. «Sebbene la complessità della biologia umana sia rimasta relativamente costante per centinaia di migliaia, se non milioni, di anni - sottolinea - la sofisticazione delle nostre conoscenze e gli

strumenti che abbiamo a disposizione si stanno evolvendo a un ritmo molto più veloce. Man mano che capiremo di più la biologia, la nostra capacità di manipolarla aumenterà. Le tecnologie emergenti, comprese l'IA, la genetica e la biotecnologia, giocheranno un ruolo centrale in questo processo. I sistemi biologici - continua - sono il risultato di quasi 4 miliardi di anni di pressioni evolutive e compromessi e, quindi, non sono completamente manipolabili, ma saremo in grado di fare una serie di aggiustamenti biologici che ci aiuteranno a vivere più sani e più a lungo, a patto di lavorare anche sul miglioramento degli stili di vita».

Nel corso della sua storia l'ingegneria genetica ha suscitato tante speranze e altrettante paure. Basti pensare all'annuncio fatto da He Jiankui durante il secondo summit della "Human Genome Editing Initiative", a Hong Kong, nel 2018: in quell'istante uno dei più grandi timori degli scienziati, la nascita di bambini manipolati geneticamente, è diventato realtà.

E oggi si guarda all'editing genetico anche come uno strumento per riuscire a conquistare la longevità. «Nell'ultimo decennio la nostra capacità di modificare i genomi degli esseri viventi è esplosa. Tutto questo ha aperto

la porta a trattamenti entusiasmanti, come le terapie Car-T per il cancro e nuove cure per l'anemia falciforme, così come per forme inedite di vere e proprie violazioni, come il caso dei bambini nati in Cina con la tecnica di editing genetico Crispr», sottolinea il futurologo, che aggiunge: «Ci sono migliaia di terapie geniche in sperimentazione e in attesa di revisione da parte delle agenzie regolatorie per trattare una vasta gamma di malattie e questi numeri continueranno a espandersi ancora in futuro. Man mano che la capacità di eseguire interventi mirati e a più vasto raggio aumenta grazie alle maggiori conoscenze e al progresso tecnologico - dice - useremo terapie geniche e cellulari in modi sempre più estesi, per esempio



per selezionare embrioni destinati all'impianto che porteranno a esseri umani "ottimizzati geneticamente", destinati a vivere vite più lunghe e più sane. Una volta che diventerà una procedura sicura, probabilmente modificheremo anche i genomi di embrioni umani pre-impiantati per questi e altri scopi. Oggi, questa rivoluzione sembra fantascienza, ma viviamo in un mondo in cui la nostra immaginazione riesce, sorprendentemente, a trasformarsi in realtà».

Un mondo nel quale, già oggi, la vita media si è di molto allungata. Secondo il World Social Report 2023 dell'Onu, entro il 2050 il numero di persone di età pari o superiore a 65 anni raddoppierà, superando i 2 due miliardi di individui. A livello globale un bambino nato nel 2021 può aspettarsi di vivere in media quasi 25 anni in più rispetto a un neonato del 1950. La sfida, ora, è arrivare così lontano in buone condizioni di salute, considerando, quindi, l'invecchiamento come fattore scatenante delle patologie legate all'età e provando a intervenire con un approccio olistico basato sulla medicina personalizzata. E ancora una volta l'Intelligenza Artificiale può essere la molla che trasformerà il passo in un salto gigantesco.

«Accedere grazie all'IA a enormi quantità di dati sanitari, disporre di algoritmi sempre più complessi e avere una massiccia potenza di calcolo ci aiuterà, tra l'altro, a sbloccare nuove informazioni utili per una longevità sana. La rilevazione e l'analisi dei dati ci aiuteranno anche a indivi-

duare problemi di salute precocemente, quando possono essere affrontati in modo più efficace», evidenzia Metzl. Dunque, l'IA ci consentirà di sviluppare una Sanità predittiva e preventiva.

«Quella che oggi chiamiamo assistenza sanitaria - prosegue l'esperto, che è stato vicedirettore dello staff della commissione per le relazioni estere del Senato degli Stati Uniti guidata da Joe Biden, quando era senatore - è in realtà una cura basata sui sintomi. Andiamo dal medico quando si manifesta un disturbo, che, però, potrebbe essere il risultato di un problema già iniziato anni prima. La cura predittiva e preventiva, quindi, si concentrerà su

interventi precoci sullo stile di vita rispetto agli attuali approcci sanitari. Capiremo che esiste un momento ottimale in cui intervenire per prevenire o affrontare un disturbo. Quel momento potrebbe essere quando siamo embrioni pre-impiantati, feti nel grembo di nostra madre,

bambini oppure adulti. Inoltre - prosegue - l'IA ci monitorerà continuamente per evidenziare problemi man mano che emergono, in tempo reale, in modo da affrontarli nel momento migliore. Abbiamo sensori nelle auto che si accendono quando viene identificato un problema, ma non abbiamo ancora qualcosa del genere per la salute. Possiamo e dovremo realizzare qualcosa del genere».

Come qualsiasi altro strumento, l'IA porta con sé benefici e potenziali rischi. «Dobbiamo essere cauti e lasciarci guidare dall'etica, mentre integriamo l'IA nei sistemi sanitari. Può darsi che

un giorno avremo sistemi di IA ai quali sarà affidato ogni aspetto della nostra salute, ma sarà un processo a lungo termine. Per ora - prosegue Metzl - sarebbe

ottimo se questi sistemi alleviasse gli oneri amministrativi e aiutassero gli operatori sanitari a trascorrere tempo di qualità con i pazienti. Sarebbe fantastico se i sistemi di IA funzionassero come co-piloti per i fornitori di assistenza sanitaria, rendendo prontamente disponibili

dati essenziali e analisi su ogni paziente e generando ipotesi di trattamento. Immagino che il futuro dell'assistenza sanitaria non sia solo esseri umani o solo IA, ma persone e macchine che lavorano in stretta collaborazione. Sarà una vittoria se gli esseri umani faranno ciò che sanno fare meglio e lasceranno che l'IA lavori con noi, facendo ciò che sa fare meglio. Le reti neurali - conclude il futurologo, di cui a giugno uscirà l'ultimo libro dal titolo *Superconvergence: how the Genetics, Biotech, and AI Revolutions Will Transform Our Lives, Work and World* (Timber Pr) - sono incredibili, ma noi umani siamo ancora oggi, e in un futuro che al momento non possiamo prevedere, più creativi e sorprendenti».

Ci sono migliaia di terapie geniche in attesa di approvazione da parte delle autorità



JAMIE METZL
Visionario leader nel campo della tecnologia e della sanità. Nel 2019 è stato nominato membro del comitato consultivo di esperti dell'Oms sull'editing del genoma umano

I sistemi sanitari saranno gestiti dalla IA. Ma bisogna essere cauti e farsi guidare dall'etica



Stupefacenti, piaga per 292 milioni

L'allarme nel rapporto delle Nazioni Unite: «Aumentati del 20% in 10 anni, con pericoli per salute, ambiente e sicurezza»
Timori per la diffusione dei «nitazeni», peggiori del Fentanyl. La cannabis legalizzata? Un boomerang in Canada e Usa

VINCENZO R. SPAGNOLO

Il narcomercato avviluppa il pianeta come una gigantesca ragnatela, intossicando milioni di persone, generando crimini e avvelenando l'ambiente. Secondo il *World Drug Report 2024* - diffuso ieri dall'Ufficio Onu contro la droga e il crimine (Unodc) in occasione della giornata mondiale contro l'uso di stupefacenti - il numero di persone che fanno uso di droghe è salito a 292 milioni nel 2022, con un preoccupante più 20% in 10 anni. Pertanto, in due settimane - dopo l'Osservatorio europeo e la Relazione italiana al Parlamento - altri indicatori internazionali confermano la gravità di uno scenario in cui, annota l'Onu, «l'emergere di nuovi oppioidi sintetici» e insieme «un'offerta e una domanda record di altre droghe» hanno «aggravato gli impatti del problema mondiale della droga, portando a un aumento di disturbi da uso di droghe e di danni ambientali». Da Roma la presidente del Consiglio Giorgia Meloni ribadisce che «la lotta alla droga e alle dipendenze patologiche è una priorità assoluta del governo», che sta puntando anche sulla prevenzione. «Tutte le droghe fanno male, senza distinzioni - aggiunge -. E sostenere il contrario è un inganno».

Il narcomarket. Tenendo conto che stime e dati vanno considerati spesso per difetto, vi-

sto che da alcune nazioni non arrivano statistiche aggiornate, per l'Unodc la cannabis resta lo stupefacente più usato (228 milioni di consumatori), poi vengono oppioidi (60 milioni), anfetamine (30 milioni), cocaina (23 milioni), ecstasy (20 milioni).

Dopo il Fentanyl, l'incubo dei nitazeni. Cresce l'attenzione per i «nitazeni», gruppo di oppioidi sintetici 40 volte più potenti del già micidiale Fentanyl (che miete 60mila morti l'anno negli Usa). Sintetizzati 60 anni dalla farmaceutica come antidolorifici, furono sospesi per gli effetti collaterali, ma sono rispuntati nel *black market*. Pare che arrivino dalla Cina e sono comparsi in Canada e Stati Uniti, Belgio e Gran Bretagna (dove la *National Crime Agency* addebita loro 101 decessi tra il giugno 2023 e il febbraio 2024. Rispetto all'eroina, i nitazeni sono meno cari e più semplici da produrre, ma più pericolosi per il rischio di overdose.

Lo stop all'oppio afgano. Il ritorno dei nitazeni sarebbe correlato al fermo imposto dai Talebani in Afghanistan alle coltivazioni di papavero da oppio (meno 95%), che ha fatto scendere la produzione globale (meno 74%) ma fatto crescere quella in Myanmar (più 36%). Una contrazione che, in maniera beffarda, ha reso più poveri gli agricoltori afgani e più ricchi alcuni trafficanti.

Grave carenza di cure. Un altro allarme riguarda la situazione d'abbandono dei tossicodipendenti. Si stima che 64 milioni di persone in tutto il

mondo soffrano di disturbi da uso di droghe, ma solo uno su 11 è in trattamento. E la disparità di genere pesa: solo una donna su 18 con disturbi da uso di droghe è in trattamento, rispetto a un uomo su 7.

Narcomafie e ferite all'ambiente. Nel 2022, 7 milioni di persone sono entrati in contatto formale con la polizia per reati di droga (con arresti, ammonizioni, avvertimenti). Fra loro, 2,7 milioni sono stati perseguiti e 1,6 milioni condannate. In alcune aree del pianeta, come il Triangolo d'Oro (zona montuosa fra Myanmar, Laos e Thailandia), i narcos diversificano, praticando pure l'estrazione illegale di risorse. Le comunità locali, povere e migranti, ne subiscono le conseguenze: per sopravvivere debbono coltivare oppio o s'indebitano coi criminali). E la narco-industria aggrava il «degrado ambientale con deforestazione, scarico di rifiuti tossici e contaminazione chimica».

Coca da record. La coltivazione di foglie di coca aumenta sempre più: nel 2022 è stato toccato il nuovo record di 2.757 tonnellate di cocaina, con un aumento del 20% rispetto al 2021. L'aumento prolungato di domanda e offerta fa crescere la violenza negli Stati lungo catena di approvvigionamento, in particolare in Ecuador e nei Caraibi, e i danni alla salute nei Paesi di destinazione, compresi quelli in Europa occidentale e centrale.

Cannabis, il boomerang della legalizzazione. Il rapporto fornisce anche alcuni dati uti-





li a ragionare su un tema dibattuto a livello politico (in Italia e in altre nazioni). Dal gennaio 2024, si legge, «Canada, Uruguay e 27 giurisdizioni negli Stati Uniti hanno legalizzato la produzione e la vendita di cannabis per uso non medico», mentre in altre parti del mondo ci sono altri «approcci legislativi». Ebbene, «in queste giurisdizioni nelle Americhe, il processo sembra aver accelerato l'uso dannoso della droga», portando a una diversificazione dei prodotti a base di cannabis, «molti dei quali ad alto contenuto di Tetraidrocannabinolo».

Non solo: l'Unodc rileva che «i ricoveri legati ai disturbi da uso di cannabis» e «la percentuale di persone con disturbi psichiatrici e tentati suicidi associati all'uso regolare di cannabis sono aumentati in Canada e negli Stati Uniti», specie tra «i giovani adulti».

Waly: «Investire di più nella prevenzione». Dal suo ufficio di Vienna, l'egiziana Ghada Waly, direttrice esecutiva dell'Unodc, avverte: «La produzione, il traffico e l'uso di droga continuano a esacerbare l'instabilità e la disuguaglianza, causando danni incal-

colabili alla salute, alla sicurezza e al benessere delle persone». A suo parere, bisogna fornire «trattamento e un supporto» a tutti i tossicodipendenti, prendere di mira il mercato e investire «molto di più nella prevenzione».



IL DOSSIER

Gli analisti dell'Unodc disegnano lo scenario globale del narcomercato, denunciando la mancanza di cure per milioni di tossicodipendenti e l'avvelenamento del pianeta



Eppure è una malattia

Una legge per dire che l'obesità non è solo questione di stili di vita. Ma che deve essere considerata una patologia cronica. Da curare

di DANIELA MINERVA



Qualcuno si chiederà: ma c'era proprio bisogno di una legge? A dire il vero ce lo siamo chiesti anche noi leggendo che l'onorevole Roberto Pella ha depositato alla Camera dei deputati una proposta di legge che va in discussione in aula in questi giorni. Ce lo siamo chiesti perché il fatto che l'obesità è una malattia,

multifattoriale e fortemente disabilitante, lo ha sancito l'Oms anni fa. Che, come tale, debba essere gestita dal Ssn ne dovrebbe venire di conseguenza. Che appunto è "cronica" e pertanto deve entrare nei Lea e nei piani delle cronicità. Quindi, se tutto è così ovvio e palese, perché applaudire a una legge ad hoc? Semplicemente perché nessuno la tratta come tale e, si spera, in presenza di una legge nessuno (né le Regioni, né le Asl, né i medici di medicina generale) possa più fare finta di niente ridacchiando di fronte a un paziente troppo grasso, licenziandolo con una pacca sulla spalla e un "si metta a dieta". Perché questo è quello che viene fatto oggi. Mentre l'Oms spiega che



REPUBBLICA SALUTE

“mettersi a dieta” non basta, che vanno gestite le malattie concomitanti e che vanno trovate strategie terapeutiche per abbattere il peso, ma anche per evitare che venga ripreso, e così via.

Insomma, se è una malattia, la pacca sulla spalla è criminale. Perché risulterà in una frustrazione del/della paziente, in un peggioramento

delle sue condizioni di salute (cardiovascolare, respiratoria, metabolica, osteoarticolare), in un aumento del rischio cancro o Alzheimer. Solo a pensarci viene una gran rabbia: il nostro mondo malato di fitness stigmatizza i ciccioni, li accusa di andarsi a cercare i guai schiavi della pigrizia e della golosità, e li abbandona al loro destino. Che, però, risatina dopo risatina, si trasforma in un carico drammatico di patologie per chi soffre, e in un carico di costi enorme per il Ssn. Perché poi tutte

quelle malattie vanno curate, e più si aggravano più costa curarle. Nella proposta dell'onorevole Pella, però, non solo si chiede di curare la gente, ma si sottolineano la complessità della prevenzione dell'obesità e l'inserimento delle persone, compresi i bambini, nei contesti sociali. Bello, ma poi bisogna finanziare tutto. In assenza di soldi per i servizi. Chissà se Pella ne ha parlato con Meloni o Giorgetti...

**Prevenzione
e terapie. Ma,
con i continui
tagli ai servizi,
come verranno
finanziate? Finirà
che solo chi ha i
soldi potrà curarsi**



26 giu
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH



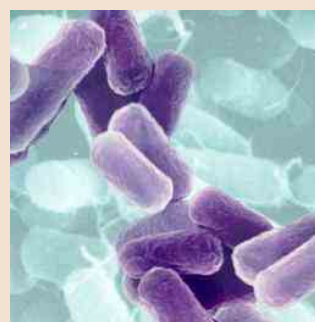
Giornata microbioma, on line il glossario interattivo con 140 vocaboli

Named Group partecipa alla Giornata mondiale del microbioma che si celebra il 27 giugno mettendo a disposizione sul proprio sito "Il microbiota intestinale e il suo linguaggio", realizzato da Wellmicro, l'azienda del Gruppo esclusivamente dedicata all'analisi genetica del microbiota umano, animale e ambientale. Si tratta di un glossario interattivo in 140 vocaboli che descrivono il microbiota intestinale, il suo dinamico interfacciarsi con gli altri sistemi del nostro organismo, i suoi 'abitanti' e la metodologia di analisi che oggi permette di conoscerlo e indagarlo più a fondo.

«Per noi è importante partecipare a questa giornata con un'iniziativa divulgativa destinata ad ampliare l'attenzione e la conoscenza sul microbiota intestinale – afferma Alessio Romitelli, deputy Ceo Named Group – perché questo ambito scientifico rappresenta una parte importante della spinta all'innovazione che ci contraddistingue, convinti come siamo che il futuro della prevenzione legata a una longevità sana debba considerare l'essere umano come organismo sommato alla totalità dei microrganismi che lo abitano».

Fino a qualche decennio fa, l'idea che dallo studio delle popolazioni di microrganismi viventi sulla superficie e all'interno del nostro corpo, in particolare nell'intestino, potessero emergere informazioni importanti per la nostra salute, era lontana dal concretizzarsi. Solo con l'approccio consentito dalla biologia molecolare che permette di sequenziare simultaneamente tutti i genomi (Dna) presenti in un campione è stato possibile identificare e studiare l'intera comunità microbica e confermare che l'intestino è il baricentro della salute fisica e psichica dell'individuo in virtù dell'azione svolta dal microbiota.

«La nostra visione di un futuro in cui il microbiota intestinale con le sue caratteristiche individuo-specifiche rappresenterà uno dei pilastri della medicina di precisione, insieme all'idea di servizio alla comunità che quotidianamente guida il nostro lavoro e il nostro impegno in ricerca – afferma Andrea Castagnetti, Microbiologo, Direttore Generale di Wellmicro - ci ha messo di fronte a una necessità che oltre che linguistica è etica: rendere le persone sempre più consapevoli e informate circa la loro salute. Questo dizionario è il piccolo contributo certamente non esaustivo che - dalla A di Acetato passando per la L di Lactobacillus fino ad arrivare alla Z di Zuccheri - mettiamo a disposizione di tutti: medici, studenti in medicina o persone curiose, per comprendere la terminologia propria del microbiota intestinale e iniziare a capire quanto sia importante per la nostra salute».



© RIPRODUZIONE RISERVATA



26 giu
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Dall'integrazione dei dati multimodali diagnosi sempre più precise e preziosi insight su come i pazienti potranno rispondere alle terapie

di *Evis Sala* *

Nell'era della medicina di precisione, la diagnosi e il trattamento dei tumori stanno attraversando una trasformazione radicale. L'Intelligenza Artificiale e i Big Data si rivelano sempre più come preziosi alleati nella diagnosi e cura di queste patologie: poter aggregare e integrare tutti i dati disponibili su un paziente, infatti, è la strada per arrivare ad effettuare diagnosi più precise e rapide e a definire terapie ottimali nell'ambito di un percorso di cura personalizzato. E questo soprattutto in oncologia, dove l'eterogeneità dei tumori - caratterizzati da molteplici variabili che possono influenzare la risposta ai trattamenti - rappresenta una grande sfida.

Migliorare la precisione diagnostica e personalizzare le terapie grazie alle nuove tecnologie, massimizzando le probabilità di successo: è questo l'obiettivo a cui bisogna tendere, in ottica di medicina di precisione. Ne abbiamo parlato nel corso di "The Next Generation", il primo congresso congiunto delle tre società scientifiche dell'area radiologica - Sirm, Aimn e Airo - appena conclusosi a Milano, in particolare durante il simposio focalizzato su Intelligenza Artificiale e imaging oncologico organizzato da GE HealthCare.



Storia clinica, anatomia patologia, genomica, dati di laboratorio, immagini provenienti dagli esami radiologici e loro referti: disponiamo oggi di tantissimi dati sui pazienti. Poterli aggregare e integrare in un'unica piattaforma digitale, con un'interfaccia visibile a tutti i medici che trattano il paziente, è una esigenza clinica che si sta trasformando in realtà grazie a nuove soluzioni digitali in via di sviluppo.

I dati multimodali sul paziente - genomici, istologici, radiomici, clinici, biologici – forniscono infatti un supporto fondamentale alle decisioni del medico durante il percorso diagnostico e terapeutico, in real time, grazie a machine learning e Intelligenza Artificiale che permettono di correlarli rapidamente e secondo diversi criteri fino ad ottenere un'analisi predittiva, in fase di definizione o adattamento del trattamento, o per verificare l'eligibilità del paziente all'arruolamento in un ampio numero di studi clinici. Le stesse informazioni, con il contributo dell'analisi longitudinale, possono poi essere aggregate e collegate ai dati sugli esiti clinici per trovare associazioni tra l'evoluzione della malattia e la risposta alla terapia con l'obiettivo non solo di trattare la malattia ma anche di prevedere, grazie all'Intelligenza Artificiale, la risposta del singolo paziente alla terapia. La condivisione fluida delle informazioni cliniche e delle decisioni terapeutiche attraverso una piattaforma comune, oltre ad ottimizzare l'efficienza e le decisioni cliniche, migliora inoltre la coesione del team di cura, consentendo un approccio olistico e coordinato alla terapia oncologica. In questo percorso, che vedrà un'accelerata nei prossimi anni, la ricerca scientifica è fondamentale e altrettanto importante è la collaborazione con l'industria e con il mondo accademico per lo sviluppo di soluzioni che colmino il divario della risoluzione spaziale tra organo e cellula, effettuino una analisi predittiva degli esiti grazie all'integrazione dei dati e ne permettano una fruizione condivisa fra i professionisti sanitari che gestiscono il paziente.

** Professore ordinario di Radiologia e Direttore della Scuola di Specializzazione di Radiodiagnostica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore
Direttore della Diagnostica per Immagini e Radioterapia oncologica della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Ircs di Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

26 giu
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Early Access Programs: fondamentali ma ancora farraginosi e disuguali. Il punto dell'Osservatorio farmaci orfani

Le norme dell'ordinamento italiano che regolano gli Early Access Programs (EAPs) sono strumenti fondamentali nel garantire opportunità a pazienti che altrimenti non avrebbero accesso alle terapie. Nondimeno sono un insieme di norme scritte in tempi diversi e che non rappresentano un complesso organico. Le conseguenze sono spesso la farraginosità burocratica e i lunghi tempi di accesso effettivo. È quanto emerge dall'indagine condotta da OSSFOR-Osservatorio Farmaci Orfani su un campione composto da rappresentanti delle associazioni di pazienti, dell'industria e da esperti di regolamentazione farmaceutica. La survey è contenuta nell'[VIII Quaderno pubblicato dall'Osservatorio, intitolato "Verso un ripensamento degli Early Access Programs"](#), realizzato con il contributo non condizionante di Amicus Therapeutics, Chiesi Global Rare Diseases, Janssen, PTC Therapeutics, Kyowa Kirin, Sanofi, Sobi, Takeda.

Il 55,6% del campione ha risposto che è necessario uniformare le fonti legislative legate agli Early Access Programs. Ma è interessante notare come tra i soli rappresentanti delle Associazioni la percentuale salga all'83%. L'88,9% degli intervistati, inoltre, si è detto favorevole ad un EAP ad hoc per velocizzare l'accesso ad alcune categorie di farmaci, come gli orfani e gli oncologici. Rispetto alle criticità di implementazione di un programma di



accesso anticipato ad hoc, la principale risulta essere il potenziale impatto sulla spesa farmaceutica (48%), seguita dall'impatto sul potere contrattuale in fase di negoziazione e da quello sul rapporto tra Centro e Regioni (16%). A influire maggiormente sui tempi di accesso dei farmaci sono la negoziazione (29,6%), i tempi di accesso regionale (20,4%) e i tempi di presentazione del dossier (19,8%). Nel dettaglio, per il 66,7% dei rappresentanti delle Associazioni e degli esperti di regolatorio la voce che pesa maggiormente è rappresentata dai tempi di presentazione del dossier. In effetti, gli EAP sono importanti strumenti di politica farmaceutica finalizzati a dare risposta a diversi problemi di accesso: ad esempio, quando questo non può avvenire con le modalità "normali" o seguendo l'iter completo che va dalla valutazione del rischio-beneficio delle molecole alla negoziazione del prezzo e delle eventuali altre condizioni di rimborso. Un percorso articolato che richiede tempi tecnici non comprimibili oltre certi limiti: è proprio questa complessità ad aver fatto emergere la necessità di pensare a un aggiornamento degli EAPs per rendere ancora più veloce l'accesso dei pazienti alle terapie, attraverso procedure di accesso "accelerato", riservate ad almeno alcune categorie di farmaci di cui si ritiene meritorio promuovere un accesso al mercato quanto più possibile rapido. È chiaro, dunque, come l'EA diventi una esigenza particolarmente sentita per le terapie destinate alle malattie rare. Per questa ragione, OSSFOR-Osservatorio Farmaci Orfani ha voluto approfondire i contenuti del dibattito in corso sulle ipotesi di implementazione degli EAPs, sviluppando una propria originale analisi e proposta, basata sull'esperienza accumulata in alcuni dei Paesi europei di maggior interesse e sugli esiti del confronto con alcuni esperti del settore. L'VIII Quaderno contiene la sintesi di questo lavoro e le conclusioni da cui è emerso, tra i temi prioritari, quello degli usi off-label e quello dei fast track (percorsi di approvazione accelerata, ndr). Sul primo fronte, i principali obiettivi da perseguire, secondo gli esperti, sembrano essere la riduzione delle complessità burocratico-amministrative e l'implementazione di una maggiore trasparenza riguardo agli impatti e alle risorse effettivamente disponibili. Sul secondo, il tema emerso è quello dell'accelerazione dei tempi di accesso dei farmaci "meritori" per cui l'obiettivo è duplice: da una parte l'efficacia dello schema, dall'altra l'individuazione di una modalità per mitigarne i rischi finanziari. Riguardo a questi ultimi, le forme di pay back, già utilizzate in Italia in altri contesti, possono risolvere tale criticità.

Nel confronto e nella definizione di un nuovo modello italiano per gli EAPs, constatano Barbara Polistena e Federico Spandonaro, Università di Roma Tor Vergata e C.R.E.A. Sanità, «è importante separare le questioni legate ad un eventuale riordino (coordinamento e semplificazione) delle varie forme di EAPs presenti in Italia da quelle legate ai programmi tesi specificatamente ad accelerare i tempi di accesso. Questi ultimi programmi sono giustificati

dal fatto che i tempi tecnici di sviluppo del processo di negoziazione del prezzo e rimborso (P&R) dei farmaci non sono comprimibili oltre un certo limite, data la complessità della valutazione delle evidenze disponibili, a partire dagli esiti in termini di sicurezza, efficacia e costo-efficacia. Sebbene i tempi di accesso in Italia siano tutt'altro che lunghi, se comparati con le medie europee, va osservato che tempi significativamente più brevi si registrano solo nei Paesi in cui l'accesso non è condizionato dalla conclusione del processo di P&R, prima fra tutti la Germania. Quindi, specialmente, ma non solo, per i farmaci innovativi e quelli orfani sarebbe auspicabile l'introduzione di un fast track accompagnato da forme di pay back, teso a garantire ai pazienti un accesso più rapido e quindi evitando i costi umani derivanti dai ritardi di accesso, senza minare la sostenibilità del sistema farmaceutico».

«Dalla sintesi del dibattito internazionale in corso sugli Early Access Programs, contenuta nell'VIII Quaderno OSSFOR, emerge come nessuno dei modelli attualmente applicati nei Paesi europei sia perfettamente replicabile in Italia. Alla luce delle best practices emerse da ciascun modello, tuttavia, sarebbe possibile ripensare l'attuale modello nazionale degli EAPs, che dia la possibilità ai pazienti di accedere ai farmaci in tempi brevi e certi – sottolinea Francesco Macchia, Coordinatore di Osservatorio Farmaci Orfani-OSSFOR – Siamo fiduciosi che la 'nuova Aifa', il cui corso è iniziato con una riforma profonda dell'Agenzia, dimostrerà una sensibilità profonda rispetto a questo tema. Il nostro auspicio è che si possa lavorare insieme all'implementazione di questi importanti strumenti di politica farmaceutica. Da parte nostra, come Osservatorio Farmaci Orfani, ci rendiamo disponibile a contribuire con l'esperienza e le competenze maturate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ok al Piano sanitario, il Consiglio promuove Bertolaso

Insorgono le opposizioni: "Continua la privatizzazione della Salute"

“Un’occasione mancata di cambiare la sanità lombarda, di mettere fine alla privatizzazione, di ridare fiato alla sanità pubblica, di ricostruire la sanità territoriale”. Così ieri il capogruppo PD Pierfrancesco Majorino in Regione ha commentato l’approvazione arrivata martedì notte del piano socio sanitario regionale 2024-2028. A scriverlo il contestatissimo - soprattutto dalla maggioranza di centrodestra - assessore al Welfare **Guido Bertolaso**, che ha indicato le priorità del sistema sociosanitario, ossia “il taglio delle liste d’attesa, il Cup unico, l’apertura degli ospedali nei week end, gli incentivi per il personale, le cure palliative pediatriche e la

prevenzione del disagio giovanile”.

Il documento è stato approvato a maggioranza, con il voto contrario di tutte le opposizioni. “Occorreva prendere atto che la sanità lombarda si è accasciata sulle proprie ginocchia, scivolando nelle classifiche stilate da enti indipendenti in posizioni impensabili fino a qualche anno fa”, ha aggiunto Majorino, “Noi continuiamo a chiedere un cambiamento che porteremo in Aula con la nostra legge di iniziativa popolare”. “Per la prima volta - dice la Pd Rozza - in Commissione sanità c’è stato un vero dialogo, ma il Piano non affronta diverse criticità del Sistema sanitario e non dà risposta ai reali bisogni di cura dei lombardi, dalla carenza di infermieri a un modello definito di medicina di territorio. La necessità è quella di po-

tenziare i distretti e garantire gli strumenti necessari in termine di risorse economiche e professionali. Questo è l’unico modo per risolvere l’emergenza liste d’attesa e il sovraffollamento dei pronto soccorso”. **A.M.**

Le priorità

L’assessore punta sull’apertura degli ospedali nei week end incentivi al personale e Cup unico



■ Guido Bertolaso (foto A3)



I passettini della Sanità lombarda tra pochi soldi e liti leghiste

Non erano ancora chiuse le urne dei ballottaggi che partiva l'ennesimo assalto alla Sanità lombarda. Questa volta a tentare di picconare Bertolaso è stata una fronda interna alla Lega, capeggiata dall'assessore, salviniano di complemento, Alessandro Ferri, passato da Forza Italia al Carroccio negli anni del boom leghista e candidato di legno alle europee. Guido Bertolaso – che gode della fiducia incondizionata di Fontana – è riuscito a dare una dimensione civile a uno scontro non così epocale (le sorti del pronto soccorso dell'ospedale di Menaggio), spiegando che la chiusura non era affatto prevista: “Io sono un servitore dello Stato – ha detto – ho sempre lavorato per il mio paese. Sono andato in pensione 12 anni fa e adesso sono ancora qui. Quindi sono i miei tempi supplementari” e il mio incarico “è nelle mani del presidente” Fontana. “Se qualche situazione può creare problemi per colpa mia mi può ritirare la delega”. Ma sulla Sanità la partita è tutt'altro che chiusa.

Il Piano socio sanitario della Lombardia, disegnato da Bertolaso è ambizioso (secondo le opposizioni troppo) e tra le azioni da mettere in campo contempla la prevenzione primaria e secondaria; la cura, riabilitazione e assistenza; lo sviluppo dei servizi sociosanitari per gli anziani, le persone con disabilità e a con disturbi mentali. E la riduzione delle liste d'attesa col miglioramento del processo di presa in carico. A questo si aggiunge il Piano socio sanitario integrato in discussione proprio in queste ore. Ma quello che doveva essere un acceleratore dei processi, l'autonomia regionale differenziata (approvata dal Parlamento, ma di là comunque da venire), rischia di diventare zavorra per la sanità. “Finché non verranno definiti i Lep non potranno fare niente sul capitolo sanità e ci vogliono 80 miliardi”, spiega Carmela Rozza, consigliere regionale Pd che conosce a fondo il mondo della salute.

Anche l'ipotesi di compensi ad hoc per il personale sanitario lombardo passa attraverso il bilancio dello Stato e sembra proprio che non sia la stagione giusta per operazioni di questo tipo. “Non credo proprio che i sindacati rinunceranno a discutere il contratto nazionale e poi lo Stato non ha nessuna intenzione di disarticolare il suo bilancio”, insiste Rozza.

La strada è in salita, ma Bertolaso non demorde. Qualche giorno fa ha anticipato un provvedimento che avrebbe fatto felice il Cav.: “Una delibera che garantisce dentiere gratis in Lombardia per chi ha avuto un tumore e a tutti coloro che hanno subito interventi che gli hanno compromesso il cavo orale”, ha detto l'assessore al Welfare. L'impatto economico del provvedimento è stimato in circa 750 mila euro. Una goccia nel mare ma comunque.

E a proposito del Piano socio sanitario integrato approvato in queste ore (con la contrarietà

delle opposizioni), Rozza ammette: “Per la prima volta in commissione Sanità c'è stato un vero dialogo, ma il Piano non affronta diverse criticità e non dà risposta ai reali bisogni di cura dei lombardi”. “Da decenni in Lombardia la carenza di infermieri (e medici) è gravissima e ora sta diventando emergenza. Cercarli all'estero, come sta facendo Bertolaso, non è la soluzione definitiva. Quello che serve è una valorizzazione della professione che nel Piano non c'è. Per questo abbiamo proposto di introdurre incentivi economici e di carriera”. Ovviamente il problema è sempre chi li paga, gli incentivi, e soprattutto la questione da mettere a fuoco sarebbe quella di “che tipo di carriera” vogliono gli infermieri, sempre più disamorato ad esempio alle regole essenziali della turnistica. Ma Rozza insiste: “Il Piano non presenta un modello definito di medicina di territorio. La necessità è quella di potenziare i distretti e garantire gli strumenti necessari in termine di risorse economiche e professionali. Questo è l'unico modo per risolvere l'emergenza liste d'attesa e il sovrappollamento del pronto soccorso”. Ancora una volta il problema è il bilancio.

La Fondazione Gimbe, ha criticato a livello nazionale il recente decreto sulle liste d'attesa: “Non prevede risorse aggiuntive e potrà essere pienamente operativo solo previa approvazione di almeno sette decreti attuativi con scadenze non sempre definite e tempi di attuazione che rischiano di diventare biblici”. E' evidente, commenta la fondazione, che la versione definitiva del dl risente dell'impossibilità da parte del governo di investire ulteriori risorse in sanità”, mentre “il potenziamento dell'offerta di visite diagnostiche e specialistiche tramite l'estensione delle attività a sabato e domenica e prolungando le fasce orarie trova il principale ostacolo nella carenza di professionisti sanitari”. Infine, poiché il superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario viene rinviato al 2025 dopo la definizione da parte delle Regioni del fabbisogno di personale, si ritorna dalle parti delle definizioni delle Lep. Il Consiglio regionale lombardo ha comunque approvato il Piano socio sanitario regionale 2024-2028, che si muove in uno scenario caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione, dalla forte riduzione della natalità, dall'aumento delle famiglie composte da una sola persona e dall'aumento degli indicatori di fragilità: oltre 3 milioni di cittadini hanno almeno una condizione cronica. Non resta che affidarsi allo stellone della sanità lombarda che, con l'esperienza di quella pubblica e il diffondersi di quella privata, tenterà di sopperire alle molte carenze. Sempre ammesso che le scaramucce politiche e lacustri non creino ulteriori problemi.

Daniele Bonocchi



LA MEDICINA CHE FUNZIONA, IL SERAFICO DI ASSISI

DA NOI L'AGGETTIVO GRAVE **NON ESISTE**

«**Basilare coinvolgere le famiglie dei pazienti**», dice la direttrice della clinica per minori con disabilità

di **Fulvia Degl'Innocenti**

Quando, nel lontano 1871, nacque l'Istituto Serafico di Assisi, opera di carità unica al mondo – grazie alla lungimiranza di un frate francescano, il beato padre Lodovico da Casoria – i destinatari erano i bambini sordi e ciechi. Per loro, all'epoca, non esisteva alcuna possibilità di assistenza né di inserimento scolastico. Ora i bisogni sono cambiati, ma le situazioni di grave disagio e sofferenza che richiedono strutture adeguate e di eccellenza sono ancora tante. «Presiedo l'Istituto serafico da quasi undici anni», spiega **Francesca Maolo**, presidente e da qualche anno anche direttrice generale della struttura, «e ho notato che negli ultimi anni sono aumentati i disturbi del comportamento, che spesso si sommano ad altre disabilità. **E i bisogni di salute di queste persone non richiedono solo l'assistenza sanitaria, ma anche un supporto per le famiglie** che arrivano piegate dalla fatica fisica ed emotiva che comporta gestire un figlio con queste caratteristiche. Per cui cerchiamo di affiancare la gestione del paziente anche ad attività di sollievo per le famiglie».

L'Istituto è **una struttura convenzionata con il Servizio sanitario nazionale**, specializzata nel trattare i disturbi del neurosviluppo nell'età evolutiva (spettro autistico, ritardi mentali, disabilità gravi) e che di recente ha allargato l'area di intervento anche a quei giovani adulti che sono affetti da seri di-

sturbi del comportamento e che necessitano ancora di interventi importanti. In tutto l'Istituto può accogliere 86 pazienti in regime di ricovero (che va da qualche mese a diversi anni), 30 posti per semiricoveri, più una serie di interventi ambulatoriali.

«**Solo il 30% dei nostri pazienti viene dalla Regione Umbria, gli altri arrivano da ogni parte d'Italia.** Più volte ci hanno chiesto di aprire centri analoghi altrove, ma non sarebbe facile mantenere gli standard elevati dei nostri servizi. La retta prevista dalla Regione per ogni paziente non copre tutto quello che noi facciamo per i nostri ospiti. Noi offriamo molto di più: abbiamo una radio, un teatro, un laboratorio di pittura, facciamo pet therapy, ortoterapia. Il nostro obiettivo è coltivare i talenti, in qualsiasi condizione. Per garantire tutto ciò abbiamo bisogno dell'aiuto dei donatori privati che ci sostengono. Inoltre il Serafico mette a disposizione ricoveri e prestazioni ambulatoriali gratuite da destinare a quei casi gravi e urgenti che richiedono un intervento tempestivo. Penso a **una bambina di 13 mesi che è arrivata in condizioni disperate: aveva 200 crisi epilettiche al giorno**, ma con il dosaggio giusto dei farmaci e le opportune terapie ora comincia a vivere una condizione di parziale autonomia».

All'Istituto Serafico si assiste ogni giorno a piccoli miracoli. «Ai bambini "non verbali" insegniamo altre modalità per comunicare. È importantissimo stabilire un canale di comunicazione per capire anche la vera natura della loro sofferenza.

Un bambino aveva frequenti crisi che si credeva di natura psichica, invece erano dovute al dolore fisico che provava. Un padre mi ha detto che prima che la sua bambina arrivasse da noi i suoi abbracci erano solo contenitivi delle sue crisi e invece ora sono scambi di affetto».

Oltre a essere un punto di riferimento per la riabilitazione, l'Istituto Serafico è diventato nel tempo anche un centro di ricerca. «Ci siamo dotati, per esempio, di un apparecchio per effettuare l'elettroencefalogramma che permette a una neurologa pediatra, la dottoressa Ornella Ciccone, di individuare tempestivamente la natura dei sintomi dei pazienti. **Quello che a noi era parso un sorriso nel volto di un bambino che non sorrideva si è rivelato invece il sintomo di una crisi epilettica**».

È significativo che il Serafico sia stato inaugurato il 17 settembre, giorno in cui si ricordano le stigmate di san Francesco. «L'Istituto è stato la prima meta del viaggio pastorale di papa Francesco sulle orme del santo di cui aveva preso il nome. Il suo riconoscimento e incoraggiamento è stato per noi molto importante». ■



PALERMO

Falsi vaccini a pagamento, 4 condanne

■ Il Gup del tribunale di Palermo ha condannato a pene pesanti, nonostante la riduzione di un terzo prevista per il rito abbreviato, le due infermiere e i due no vax che, durante la pandemia, fingevano di vaccinare chi aveva paura, buttando le allora preziose dosi. Le pa-

rasanitarie in servizio all'ospedale Civico del capoluogo siciliano, Anna Maria Lo Brano e Giorgia Camarda, hanno avuto sei anni a testa; il militante anti-vaccini Filippo Accetta 4 anni e 6 mesi, l'altro personaggio impaurito dalla profilassi, Giuseppe Tomasino, 4 anni e 4

mesi. Senza gli sconti le condanne sarebbero state tutte fra oltre sei e nove anni di carcere.

