

2 agosto 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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



la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

il venerdì

Direttore Maurizio Molinari

Venerdì 2 agosto 2024

Oggi con il Venerdì

€ 2,50

Con la mediazione della Turchia

Usa-Russia, scambio di 007 e prigionieri

Tra Usa e Russia è il più imponente scambio di prigionieri dalla Guerra fredda. Ventisei liberati, tra i quali l'americano Evan Gershkovich, il reporter del Wall Street Journal arrestato per spionaggio il 29 marzo 2023. Rilasciato anche l'ex marine Paul Whelan. Tra i russi, Vadim Krasikov, presunto ex agente del Cremlino che era stato condannato all'ergastolo in Germania. Turchia teatro del maxi scambio.

L'analisi

Ben oltre "Il ponte delle spie"

di Enrico Franceschini a pagina 25



Ankara Il giornalista Evan Gershkovich dopo il rilascio

Medio Oriente

Il leader di Hamas Haniyeh ucciso da una bomba sotto il materasso

di Castellani Perelli e Tonacci con i commenti di Tahar Ben Jelloun e Yaakov Amidror alle pagine 8, 9 e 11

OLIMPIADI

Giochi, il ko dei diritti

L'incontro Carini-Khelif dura 46". L'italiana: mi hanno detto di non combattere. La destra contro l'algerina intersex Meloni: una competizione non equa. Salvini: vergogna. Ma davanti alla premier la judoka Bellandi bacia la fidanzata

Da Piantadosi stop alla cannabis light: equiparata alle droghe pesanti

Il commento

Un governo senza nobile arte

di Chiara Valerio

L'incontro di boxe tra Angela Carini e Imane Khelif alle Olimpiadi di Parigi, e il ritiro, quasi immediato, dell'atleta italiana e delle sue conseguenti lacrime, forniscono l'occasione di riflettere su alcune questioni politiche. Giorgia Meloni, primo ministro di un governo che racconta sé stesso come fondato sul rispetto delle regole, ha dichiarato: «Match Carini non era ad armi pari».

Le Olimpiadi parigine fanno ancora discutere e stavolta ad andare ko per mano del governo italiano sono i diritti. La pugile azzurra Angela Carini ha abbandonato dopo quarantasei secondi il ring mentre era impegnata ad affrontare l'atleta algerina iper-androgina Imane Khelif. «Mai ricevuti pugni così forti», dice l'italiana prima di scoppiare in lacrime. Ed è subito un caso politico con la destra che si scaglia contro il Comitato olimpico internazionale per aver ammesso l'algerina alle competizioni. La premier Giorgia Meloni incontra l'azzurra e commenta: «Non è stata una gara equa». All'attacco anche Salvini: «Una vergogna».

di Cito, Cerami, De Cicco Foschini, Giannoli, Ginori Martinelli e Ziniti alle pagine 2, 3, 4 e 16



Parigi La pugile Angela Carini durante l'incontro con Imane Khelif

Politica

Toti torna libero: "Processo politico, mi difenderò"



di Marco Lignana a pagina 12

Una ragnatela ancora in vita

di Stefano Cappellini

Le intenzioni di Giovanni Toti stanno nella formula di congedo ai giornalisti radunati davanti alla sua casa di Ameglia per raccogliergli le prime parole da uomo libero: «Fate un bagno, per oggi non dico altro, andiamo a lavorare». Ma a cosa deve lavorare un ex governatore?

a pagina 13

Finanziaria

La tassa di solidarietà spaventa le banche Crollo in Borsa

Seduta di forti perdite per Piazza Affari e per le altre Borse d'Europa. A pesare sui listini sono le vendite sui titoli bancari con l'Italia in testa per il timore di nuove imposte sui profitti di banche, assicurazioni e aziende dell'energia. La maglia nera va appunto a Milano, dove il Ftse Mib ha chiuso con un calo del 2,68%.

di Giuseppe Colombo a pagina 21



Parigi Il bacio d'oro: Alice Bellandi e la fidanzata Jasmine Martin

Giornata d'oro per il judo e la canoa Argento per il fioretto femminile

di Audisio, Chiusano, Crosetti, Dipollina e Retico nello sport

Bronzallure MILANO. Moi, je vis en rose. www.bronzallure.com

CORRIERE DELLA SERA

KES

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

FONDATA NEL 1876

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



L'Olimpiade di Parigi

Canoa e Judo, due ori in pochi minuti
Le fioretteste azzurre sono d'argento

di Imarisio, Piccardi, Vanetti da pagina 40 a pagina 45



Ad Ankara operazione in stile Guerra fredda: tra i 24 liberati Gershkovich, cronista del Wsj, e l'attivista Kara-Murza

Prigionieri, scambio Russia-Usa

A Teheran i funerali di Haniyeh. Khamenei prega sulla bara. L'Iran: Israele pagherà caro

LA GIUSTA DIREZIONE

di Paolo Mieli

Il fatto che Vladimir Putin abbia dato l'ordine di scarcerare e rimandare in patria il giornalista del Wall Street Journal Evan Gershkovich assieme all'ex marine Paul Whelan, entrambi condannati a pene severissime per spionaggio a favore degli Stati Uniti, è un'ottima notizia. E nella partita — la quale prevede il rilascio di prigionieri russi detenuti in alcune capitali occidentali — risulta compresa persino la liberazione del dissidente Kara-Murza. Un'ottima notizia, dicevamo. Per gli interessati, ovviamente. Ma anche perché la «restituzione» avviene in uno spettacolare contesto di «scambio di prigionieri» — forse addirittura una trentina — che di per sé è la prova evidente dell'apertura di un canale di dialogo tra il Cremlino e la Casa Bianca. I media statunitensi — pur costretti a restare nel vago mantenendosi nel campo delle indiscrezioni — sostengono, a ragione, che si tratta (si tratterebbe) del più grande «benefico baratto di donne e uomini» nella storia delle relazioni tra i due Paesi. Compresa l'era sovietica e l'intera stagione della Guerra fredda. Tra l'altro il contesto è parallelo a quello che ha consentito, a fine maggio e a fine giugno, una transazione altrettanto delicata tra Russia e Ucraina. Anche in questo caso si è trattato di uno «scambio di prigionieri» (con la mediazione, stavolta, degli Emirati arabi uniti).

continua a pagina 28

di Lorenzo Cremonesi

Scambio di 24 prigionieri tra Russia e Stati Uniti, la più grande operazione dalla fine della Guerra fredda. Gli Usa hanno fatto liberare anche il giornalista del Wsj Gershkovich, l'ex marine Whelan e il dissidente russo Kara-Murza. Otto i russi prigionieri in Occidente che torneranno a Mosca. A Teheran, intanto, celebrati i funerali del leader di Hamas, Haniyeh. Khamenei in preghiera sulla bara.

da pagina 2 a pagina 8
Frattini, Salom, Sarcina Soave, Valentino

L'ATTENTATO. LA RICOSTRUZIONE

Ucciso da una bomba nascosta due mesi fa in quella palazzina

di Guido Olimpico

Non un missile, non un drone ma una bomba. Secondo il New York Times, Ismail Haniyeh è stato eliminato con un ordigno arrivato in Iran due mesi fa, nascosto nella palazzina che avrebbe ospitato l'esponente palestinese, e pronto per essere innescato al momento giusto.

alle pagine 6 e 7 Nicastro

IL MINISTRO PIANTEDOSI

«Siamo in allerta, difenderemo gli ebrei dagli estremisti»

di Firenze Sarzanini

L'antifascismo, dice il ministro Matteo Piantedosi, «è per il governo un valore condizionale. Proteggeremo gli ebrei dagli estremisti. È stata innalzata la vigilanza sugli obiettivi».

a pagina 9

Sul ring 46 secondi «Mai preso pugni così». Meloni: match non alla pari



Angela Carini, 25 anni, in lacrime sul ring di Parigi dopo la decisione di abbandonare l'incontro con l'algerina Imane Khelif, che la saluta

La sfida con la pugile algerina Carini, ritiro lampo e polemica

di Bonarrigo, Cazzullo e Montefiori

Pochi secondi. Due pugni, potenti, sul naso. E Angela Carini lascia il ring mentre Imane Khelif festeggia. «Non è giusto», dice in lacrime l'azzurra. Bufera politica sull'ok del Cio alla pugile algerina con alti livelli di testosterone.

alle pagine 10 e 11

GIANNELLI

ESTATE 2024



Liguria Parla l'ex governatore Toti ora è libero: eccessivo l'arresto, ho fatto politica

di Giuseppe Guastella

Giovanni Toti è tornato in libertà, dopo tre mesi è arrivato il parere favorevole dei giudici. Lo sfogo dell'ex governatore della Liguria: «Arresto eccessivo, ho la coscienza a posto». Toti era al domiciliario dal 7 maggio, accusato di corruzione per gli appalti e le concessioni portuali.

alle pagine 12 e 13

Conte «Il marchio non è di Grillo» «M5S, nuovo nome? Decide l'assemblea»

di Marco Ascione

«Sarà la base a decidere su nome e simbolo — dice Conte —. Vado avanti, il logo non è di Grillo».

a pagina 15

Camera Protestano i produttori La cannabis light diventerà illegale

di Adriana Logroscino

Approvata, con il Ddl sicurezza, la stretta sulla cannabis light, che sarà illegale. Le opposizioni: «Così, a rischio 11 mila posti di lavoro». Protesta dei produttori.

a pagina 19

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini

In estrema e brutale sintesi, la boxeur algerina Imane Khelif è una donna per i globalisti del Cio e un uomo per i sovranisti dell'Iba, il governo mondiale del pugilato presieduto da un oligarca di Putin e finanziato dai rubli di Gazprom. I massimi esperti in materia, come la scienziata Silvia Camporesi intervistata dal Corriere, danno ragione al Cio e spiegano che Khelif è una donna che produce alti livelli di testosterone, non un transgender. È appena il caso di aggiungere che difficilmente un transgender avrebbe potuto diventare eroe nazionale in Algeria, dove persino l'omosessualità è perseguitata come reato.

Il tema resta complicatissimo, ma il vero punto sconvolgente di questa storia, come di tante altre del nostro tempo, è

La donna di Babele

che non esistono più regole condivise né autorità riconosciute. Forse anche mio nonno avrebbe pensato che Imane Khelif non fosse una donna, ma mai avrebbe osato mettere in dubbio la competenza e la buona fede di chi, da un pulpito istituzionale, gli avesse garantito che lo era. Ogni comunità si regge(va) su un tacito patto di fiducia. Se invece oggi chiunque si sente autorizzato a discutere di testosterone con gli scienziati di mezzo mondo e a vedere complotti ovunque, contestando le regole e trasformando in un mostro chi — come Imane Khelif — si limita a rispettarle, significa che stiamo scendendo a grandi passi i gradini di una nuova torre di Babele. Dove, a furia di gridare tutti, alla fine non ascolteremo più nessuno.

© WWW.RELIZIONE.IT/BRUNO VITA

Advertisement for Obrelli gold jewelry and coins. Text includes: 'L'ORO HA FATT LA STORIA. Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro. ORO - GIOIELLI - MONETE. OBRELLI. DAL 1929. www.oro.obrelli.it. LAVIS (Trento) | TRENTO | MILANO. 0461 242040 | 338 8250553 | info@obrelli.biz. AUTORIZZAZIONE BANCA D'ITALIA N. 3007721.

40802
Per ulteriori info: n. 02 63707310 (ore L. 04/05/04) o n. 1.1.1. DIE Milano
9 771120 4381008

I 125 anni di FIAT
Addio Gm e intesa con le banche
Così Marchionne dà la svolta

PAOLO GRISERI - PAGINA 26



IL 2 AGOSTO

Un dovere civile portare i figli
alla stazione di Bologna

FIORINIE TADDIA - PAGINE 39 E 41



50 ANNIFA

La strage nera dell'Italicus
che il governo deve ricordare

GIANNI OLIVA - PAGINA 31



LA STAMPA

VENERDÌ 2 AGOSTO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.212 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



L'INCONTRO CON KHELIF DIVENTA UN CASO INTERNAZIONALE. L'ALLENATORE ITALIANO: SORPRESO, AVEVANO GIÀ COMBATTUTO

Olimpiadi, la politica sale sul ring

Contro l'atleta intersex, Carini si ritira dopo il primo pugno. Meloni: "Non era un match ad armi pari"

IL COMMENTO

Imane, l'essere umano
trasformato in mostro

NICOLETTA VERNA



L'aspetto che più colpisce, e più inquietante, del dibattito sul caso Carini-Khelif è la metodica, meticolosa, spietata costruzione da parte prima degli organi sportivi, poi dei media, poi dei commentatori della rete del concetto di mostro, con riferimento a Khelif. Un mostro, per definizione, è un essere con caratteristiche diverse dalla norma e, in quanto tale, generatore di stupore e paura. I tratti principali del mostro sono l'abnormalità e l'ibrido. - PAGINA 29

L'INTERVISTA

Pellegrini: "Che vomito
questa caccia alle streghe"

GIULIA ZONCA

Quando parte la finale dei 200 stile un pensiero attraversa l'immaginazione di Federica Pellegrini, «se se torno? Alla Phelps...», poi lo sguardo si sposta dalla corsia alle ginocchia dove c'è la figlia Matilde, nata in gennaio e l'idea si spegne lì. Fine dell'unico secondo nostalgico in una Olimpiade molto impegnativa. - PAGINA 5



BELLANDI (JUDO) E DE GENNARO (CANOA) SUL PODIO PIÙ ALTO. FIORETTO D'ARGENTO

Capolavori

BRUSORIO, CECCHARELLI, COTTO, DIMARINO, MONTILLO, SEMERARO

Il bacio di Alice: "Lo sport è amore"

MATTEO DESANTIS

CONTINUANO I MAXI-RITARDI, IMPENNATA DI RIMBORSI. L'OPPOSIZIONE: SALVINI IN PARLAMENTO

Treni in tilt, 4 mila cantieri aperti

BARONI, MARTINI, MONTICELLI

Altra giornata di passione per gli italiani che prendono treni e aerei per lavoro o vacanza. L'estate nera dei trasporti prosegue. - PAGINE 14-16

La nostra Costituzione
e gli aiuti ai migranti

Francesco Pallante

LE RIFORME

"Autonomia non subito"
Giorgia gela Zaia e Cirio

FEDERICO CAPURSO

Fosse per la premier Giorgia Meloni, l'autonomia differenziata sarebbe rimasta un miraggio. CON IL TACCUINO DI MARCELLO SORGI - PAGINE 18 E 19

Lazzardo referendum
e le Camere paralizzate

FLAVIA PERINA

Ma scommettere sull'esito di un referendum. È la regola che la maggioranza dovrebbe tenere a mente. - PAGINA 19

LA GEOPOLITICA

Quel grande scambio
da Guerra Fredda
il reporter americano
per le spie russe

ANNA ZAFESOVA



La lista degli ostaggi che Putin ha liberato dal suo gulag è straordinariamente diversa da quella degli uomini e delle donne che ha voluto ottenere in cambio. Sulla pista dell'aeroporto di Ankara il più grande scambio dai tempi della Guerra Fredda. SIMONI - PAGINE 6 E 7

IL MEDIOORIENTE

Haniyeh, Iran in piazza
"Vendetta su Israele"

DEL GATTO, STABILE

La liturgia è stata rispettata in tutti i dettagli. Migliaia di persone per strada, immagini e gigantografie del leader morto e tutto l'establishment dell'università di Teheran riunito per onorare la figura. - PAGINE 8 E 9

L'ANALISI

Perché l'incertezza Usa
può stritolare l'Europa

GABRIELE SEGRE

Il mese appena trascorso ha regalato emozioni altalenanti non solo negli Usa, ma anche tra i loro partner strategici. Tra la «surrezione» democratica con la scesa in campo di Kamala Harris e un Trump sempre più combattivo, sono stati in molti a recarsi in pellegrinaggio tra Washington e Mar-a-Lago. - PAGINA 25

BUONGIORNO

Siccome era rimasto sconvolto dalla notizia del ragazzo che, per una sfida nata su internet, aveva percorso cento chilometri aggirando un treno, il parlamentare Dario Iaia, entusiasticamente appoggiato dai suoi colleghi di Fratelli d'Italia, ha sentito l'imperativo di fare qualcosa per l'umanità. E ha proposto l'istituzione di un nuovo reato: in prigione chi «al fine di promuovere o partecipare a sfide estreme, di qualunque natura esse siano, pone in pericolo la propria o l'altrui incolumità». Siamo sempre lì: qualcosa non va? Scattino le manette. Ci sono già leggi per reprimere comportamenti pericolosi? Fa niente, inventiamone una nuova, magari più severa che fa scena. Ma non ne avrei parlato se la norma non contenesse uno spunto filosofico straordinariamente interessante e crea-

Ayatollah d'Italia

MATTIA FELTRI

tivo. E cioè l'idea di punire non solo chi mette in pericolo l'incolumità altrui, ma anche la propria. Un inedito cosmico. Mettere in pericolo l'incolumità altrui è reato, indiscutibilmente. Ma la propria? Se io scalo l'Everest senza ossigeno e in costume da bagno, posso essere arrestato? Magari ricoverato, ma arrestato no. Se do una martellata a mio cugino, finisco dentro. Ma se la do a me stesso? Sarò libero di farlo o devo chiedere il permesso a Giorgia Meloni? Pensavo fosse facile da capire, ma poi ho compreso che il problema non se lo pongono. Hanno la convinzione che lo Stato eserciti diritto di dominio sui cittadini, persino sul loro corpo. Quello che è giusto per Fratelli d'Italia diventa giusto per tutti, perché hanno vinto le elezioni e adesso comandano. Sono degli ayatollah e nemmeno lo sanno.



Venerdì 2 agosto 2024
ANNO LVIII n° 183
1,50 €
Sant'Eusebio di Vercelli
medesimo

Avvenire
Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Prodrmi di dialogo sul fronte ucraino
SEGNALI A EST
DA COLTIVARE

ANDREA LAVAZZA

Avvicinarsi del - tragicamente simbolico - millesimo giorno di guerra in Ucraina, il fronte bellico e diplomatico registra movimenti importanti. E anche qualche minimo segnale di apertura al dialogo. Mentre in un'intervista ai media francesi il presidente Volodymyr Zelenskyy tornava a ribadire che la delegazione russa dovrebbe partecipare a una prossima emersione di pace, erano altri tre presidenti a rubargli la scena internazionale con il maggiore scambio di prigionieri tra Est e Ovest dai tempi della Guerra Fredda. Si deve infatti presumere che un accordo così rilevante - comprendente 26 detenuti in sette Paesi, tra i quali il giornalista del "Wall Street Journal" Evan Gershkovich, il marine Paul Whelan, il dissidente Vladimir Kara-Murza e lo 007 russo Vadim Krasikov - sia stato supervisionato e approvato direttamente da Joe Biden e Vladimir Putin, con la mediazione operativa del leader turco Recep Tayyip Erdogan (sempre più ubiqno e ambiguo protagonista delle crisi in corso, dal Medio Oriente all'Europa). Che significato attribuire all'operazione da parte del Cremlino, che si fa di solito pochi scrupoli per i suoi agenti imprigionati all'estero, invece teme e cerca di silenziare le poche voci critiche in patria (facile pensare a Navalny)? Si potrebbe pensare che il canale di comunicazione (mai chiuso) tra la Russia e gli Stati Uniti si è riaperto. Di molti giorni fa è stata la telefonata del ministro della Difesa Andrei Belousov al suo omologo americano Lloyd J. Austin per chiedere conto di una programmata operazione ucraina, probabilmente oltreconfine, di cui il Pentagono non era a conoscenza e che, nella ricostruzione del "New York Times", sarebbe quindi stata fermata agendo su Kiev. Adesso l'atteso accordo sui detenuti, il quale però è andato oltre le aspettative per la dimensione e la portata politica. Tutto questo non significa che Putin sia ansioso di trattare una pace giusta; anzi, ha appena ribadito le sue condizionali: capestro: totale controllo delle quattro regioni solo parzialmente occupate e Ucraina lontana dalla Nato. Le operazioni sul campo sembrano molto favorevoli a Mosca se si guarda soltanto alla recente avanzata nel Donetsk dove, a un prezzo spaventoso in termini di mezzi, l'Armata russa sta per cogliere l'obiettivo di tagliare le linee di rifornimento del nemico e di metterlo quindi in forte difficoltà. Ma non bisogna dimenticare che gli ucraini sono riusciti a tamponare l'attacco massiccio a Kharkiv e continuano a colpire in Crimea e sul suolo russo depositi di munizioni, basi aeree e centrali energetiche. Se il principale problema del Paese che si difende dall'aggressione sta diventando la carenza di soldati da schierare al fronte, è anche vero che in queste ore sono operativi i primi caccia F-16, la prima promessa di una svolta nel controllo dei cieli e, quindi, la possibilità di ridurre i raid notturni, forse non a caso l'altra notte è partita una delle offensive più massicce da parte di Mosca con droni e missili. Tutto questo a dire come le sorti del conflitto sul campo siano ben lungi dall'essere segnate e che, dunque, per entrambe le parti c'è la consapevolezza che una trattativa non va esclusa se si vuole evitare un dissanguamento ancora lungo e dolorosissimo. Zelenskyy punta probabilmente a mandare segnali di ragionevolezza a terze parti (dalla Cina all'India) per non mostrarsi arancato su posizioni che sono senza appoggi nel Sud globale. E a fronte di un'evoluzione negativa nel sostegno alla sua causa dello stesso Occidente. La Germania, tra le principali finanziatrici della resistenza all'invasione, si prepara a dimezzare il suo apporto. E poi si staglia l'incognita Donald Trump che dal prossimo gennaio potrebbe scompaginare lo scenario attuale. Ma qui le cose si complicano.

continua a pagina 16

IL FATTO Storica intesa mediata dalla Turchia, dove è avvenuta materialmente la restituzione dei detenuti

Scambio virtuoso

Accordo tra Stati Uniti e Russia per la liberazione di prigionieri politici in cambio di spie
Fuori dalle carceri il giornalista del Wsj e i dissidenti Kara-Murza, Orlov e Skochilenko



Judo e kayak da oro
Il fioretto vale l'argento

Caprotti, Gullano e Nicolletto alle pagine 12-13



Carini si arrende e con lei tutti siamo finiti al tappeto

Castellani a pagina 12

MARTA OTTAVIANI

Il più grande scambio di prigionieri dai tempi della Guerra Fredda. Russia e Stati Uniti che potrebbero inaugurare una nuova era nelle loro relazioni. E il presidente uscente, Joe Biden, che mette a segno un punto destinato ad avere conseguenze anche sulla campagna elettorale verso il voto di novembre. Con una forte accelerazione dopo mesi di trattative, ieri 24 prigionieri - 16 per gli Stati Uniti, 8 per la Russia - sono stati scambiati tra i due Paesi all'aeroporto di Ankara, Paese che ha avuto il ruolo di interlocutore preferenziale. «Un'impresa diplomatica», come l'ha definita il presidente statunitense, sulla quale hanno lavorato 7 Paesi: la Russia da una parte e sei Paesi della Nato, nello specifico Stati Uniti, Germania, Polonia, Slovenia, Norvegia e Turchia. Fra le persone liberate, il giornalista del Washington Post Evan Gershkovich, l'intellettuale Vladimir Kara-Murza, Ilya Yashin, collaboratore di Alexey Navalny, e il premio Nobel Oleg Orlov.



Dall'alto, il giornalista del Wall Street Journal Gershkovich e i dissidenti Orlov e Kara-Murza / Ena



Chiodo Karpinsky nel primopiano a pagina 4

I nostri temi

ANALISI
I missionari digitali fanno strada

GIULIO MOCILIN

Un anno fa furono tra i protagonisti della Giornata mondiale della gioventù di Lisbona: influencer cattolici e missionari digitali stanno conoscendo un percorso di crescita al servizio dell'annuncio.

A pagina 16

IL MALE E NOI
L'umiltà davanti ai misfatti

MURIZIO PATRICIELLO

Arresto di due religiosi ad Afragola, presunti autori di abusi che avrebbero cercato di coprire, crea disorientamento ma induce a riflettere sul male che assedia la Chiesa e noi, ed esige umiltà.

A p. 16, servizio a p. 11

MEDIO ORIENTE Minacce di Iran e Hezbollah. Ma l'ideologia di Hamas "resiste"

Una bomba per Haniyeh
Israele in massima allerta

ANNA MARIA BROGI - NELLO SCAVO

Si sono svolti a Teheran i funerali del capo politico di Hamas. A ucciderlo non è stato un raid missilistico bensì una bomba piazzata mesi fa nell'alloggio dove ospitato in Iran. La Guida Suprema Ali Khamenei ha minacciato Israele di rappresaglia. Minacce contro lo Stato ebraico sono arrivate anche dal leader della milizia libanese Hezbollah, Nasrallah, che ha proclamato per oggi il «giorno della rabbia». Il governo israeliano, che ha confermato l'uccisione in un raid del 13 luglio del capo del braccio armato di Hamas a Gaza, si è detto preparato a tutti gli scenari. L'esercito è in stato di massima allerta. Le tv: «I caccia sono già pronti sulle piste».

Affleri e Geronico alle pagine 2-3

GLI ANNIVERSARI DEL TERRORE
Per la strage dell'Italicus
50 anni senza una verità piena

Il viaggio a San Benedetto Val di Sambro, nel Bolognese, a 50 anni dalla strage dell'Italicus, il treno saltato in aria, il 4 agosto 1974, per una bomba, all'uscita di una galleria. Il ricordo di quella notte e delle 12 vittime, nelle parole degli ex ferrovieri. «Una scena di guerra. Dietro i finestrini si aggravano mani che chiedevano aiuto». Eppoi nel 1984 la tragica replica con la bomba sul Rapido 904

Biolini a pagina 6

STRETTA SULLA PRODUZIONE
Cannabis light
taglio alle radici
Belfanti e Guerrieri a pagina 5



DATI ISTAT E NODO TIROCINI
A giugno più occupati e inattivi in calo
Mazza e Tiraboschi-Seghezzi a pag. 7

ASSEMBLEA COSTITUENTE
Conte: per MS tutto va messo in discussione
Marcelli a pagina 8

Effetto pialla

Un detto napoletano afferma: «O tempo è 'na bianozza», il tempo è una pialla, vale a dire che smussa e alliscia le asprezze. Un po' mi riconosco. I miei comportamenti erano ruvidi, senza riguardi. Nei rapporti con le persone ho ammassato i miei spigoli. In altri campi no: nelle convinzioni, negli impegni assunti durante la gioventù collettiva e poi da singola persona. Di fronte agli avvenimenti decisivi, emarginazioni, guerre, il tempo non ha piallato niente. Dentro di me ci sono superfici che non possono essere allisciate.

Pianoterra
Eri De Luca

come legni che danneggiano la lama che lavora a parraggiare. Un altro tema in cui il tempo non fa da paciere sono i lutti. Non sperimento la distanza lungo lo scorrere degli anni. Sto nel prolungato giorno uno delle loro assenze. Rimovo la loro vicinanza ogni volta che ne pronuncio il nome e un ricordo. Ogni volta che di loro scrivo. La scrittura mi permette un'adesione, un tempo in cui coincidere di nuovo, non l'elaborazione di una lontananza. Il ricordo è una forma di appello in una classe affollata, dove qualcuno chiamato per nome si alza dalla sedia per rispondere. Tutti loro si sono trasferiti dentro di me.

© ASSOCIAZIONE NAZIONALE

Agorà

SCIENZA
La diversità? Fuga in avanti del cervello
Giametta a pagina 18

FILOSOFIA
Al via il Congresso mondiale a Roma
Santamaria a pagina 19

TEATRO
Punzo: in carcere l'utopia è possibile
Sciaccalopre a pagina 21

VIAGGI D'AUTORE
All'Inferno / Boio / De Luca / Ravasi
Rondini / Sapienza
LUOGHI INFINITI

Il ministro della Salute chiede più soldi al titolare dell'Economia, che prende appunti e anche tempo. Apertura sulla domanda di più personale

Assunzioni di medici e tariffe dei ricoveri Giorgetti resiste al pressing di Schillaci

IL CASO

PAOLORUSSO
ROMA

La richiesta di darsi da fare con la spending review, avanzata agli altri colleghi in processione ieri al ministero dell'Economia, Giancarlo Giorgetti a Orazio Schillaci l'ha risparmiata. Anche perché sulla sanità l'input che viene dalla premier è di rastrellare tutto il possibile soprattutto per assumere personale, senza il quale le liste di attesa non si abbattano. Mal'inqulino di Via XX Settembre nemmeno si è sbilanciato più di tanto, limitandosi a prendere appunti, annuendo però quando Schillaci ha presentato in cima alla sua lista di interventi «improcrastinabili» per evitare il collasso dell'Ssn quelli per ripopolare le schiere di medici e infermieri. Un pacchetto complessivo di misure che sfiora i 3 miliardi, dei quali 1,4 già messi in cascina dal Def, che di tanto incrementa il fondo sanitario per il 2025.

La priorità è dunque assumere medici e infermieri. Perché il prossimo anno si dirà addio al tetto di spesa per il personale. Il che non vorrà dire

che le Regioni saranno libere di assumere a casaccio perché l'Agenas, su input di Schillaci, sta mettendo a punto un algoritmo che insieme ad altri marchingegni sarà in grado di stabilire ospedale per ospedale, reparto per reparto di quanti sanitari c'è effettivamente bisogno. Perché come ricordato dallo stesso ministro nella sua intervista a *La Stampa*, oggi ci sono reparti in overbooking e altri dove sono occupati appena due letti su dieci. Con relativo spreco di personale.

Però per arruolare medici e infermieri bisogna rendere più attraente anche la loro retribuzione, che oggi è al penultimo posto in Europa per i camici bianchi, fanalino di coda per i loro cugini. Da qui l'idea di applicare la flat tax del 15% sulla indennità di specificità professionale che va a tutti i medici e agli infermieri, pochi, che ricoprono ruoli dirigenziali. Uno sconto che vale 250 euro netti in busta paga mensile per i primi, appena 50 per i secondi.

Fin qui il capitolo personale, sul quale Giorgetti ha fatto capire che si cercherà di fare il possibile per accontentare

le richieste del titolare della Salute. Che però ha altre emergenze da dover risolvere. A cominciare dalla messa in sicurezza dei nostri ospedali, che hanno in media 70 anni di vita alle spalle. Il miliardo e 200 milioni stanziato dal Pnrr è stato cancellato da Fitto, con la motivazione che i lavori erano indietro e che c'era il rischio di sfiorare la scadenza del 2026 fissata dal Pnrr per ottenere i finanziamenti. Così si è detto alle Regioni di attingere all'ex articolo 20 della finanziaria del lontano 1998, che avrebbe ancora 10 miliardi di dote per l'edilizia sanitaria. Che alcune Regioni avrebbero però già tutti impegnati. Da qui la richiesta di rimpinguare il fondo, almeno per chi è rimasto a secco. Ma gli ospedali hanno un altro problema: le tariffe con cui vengono rimborsati dalle Regioni i ricoveri, i cosiddetti Drg, sono vecchie di 20 anni e spesso non coprono i costi degli interventi. Per questo Schillaci vuole riadeguarle ai tempi, anche per non implementare le liste di attesa, visto che il privato tende a non eseguire ricoveri dove ci ri-

mette scaricandoli così sugli ospedali pubblici.

Poi c'è la spesa per i farmaci ospedalieri, che quest'anno ha sfiorato di 3,2 miliardi il tetto di spesa. Somma che per metà finisce sul groppone delle Regioni e per l'altra metà deve essere ripianata dalle imprese farmaceutiche per via del payback. Una tassa alla quale la stessa industria finisce per reagire o non facendosi avanti per la registrazione dei medicinali innovativi, o facendoli pagare a prezzo più alto. Per questo Schillaci sta puntando a richiedere almeno un ritocco verso l'alto del tetto di spesa per un valore di 2-300 milioni. Ma su questo, come sugli altri punti della lista, al ministero della Salute si sta lavorando di calcolatrice, per presentare al più presto le tabelle sulle quali poi Giorgetti farà la spunta di quelle che entreranno in manovra e delle altre che resteranno fuori. Sapendo che sulla sanità un po' i cordoni della borsa dovrà aprirli.—

Oggi ci sono reparti in overbooking e altri dove sono occupati appena due letti su 10

L'intervista su La Stampa



L'intervista pubblicata mercoledì in cui il ministro della Salute Orazio Schillaci elencava le necessità del settore e il bisogno di poter gestire più soldi

In primo piano il ministro dell'Economia Giorgetti, alle sue spalle il collega della Salute Schillaci



ROBERTO MONALDO/L'ESPRESSO



Schillaci riparte dall'emergenza personale: per la manovra richieste per oltre 1 miliardo

Il nodo risorse

L'incontro con il ministro dell'Economia Giorgetti: ipotesi flat tax in busta paga

Marzio Bartoloni

C'è l'emergenza personale da tamponare con medici e infermieri che fuggono dal Servizio sanitario nazionale e che vanno trattenuti a tutti i costi con incentivi in busta paga detassando l'indennità di specificità. E poi c'è da assumere forze fresche con nuovi fondi di perché dal 2025 si dirà finalmente addio (si spera) all'odiato tetto di spesa sulle assunzioni come è scritto nero su bianco sul decreto liste d'attesa appena approvato in Gazzetta ufficiale e le cui misure sono in vigore da ieri. Ma ci sono anche i fondi da trovare per l'edilizia ospedaliera da rimpinguare, il tetto di spesa della farmaceutica diretta da ritoccare per circa 200-300 milioni e le tariffe dei Drg (i gruppi di prestazioni) da rivedere. Ecco perché anche se sulle cifre le bocche sono ancora cucitissime («stiamo facendo ancora i calcoli») la dote iniziale per la Sanità in manovra - almeno per la richiesta che arriva dal ministero della Salute - supera abbondantemente il miliardo di euro. Al momento «attenzione» e «ascolto» sono più che assicurati come traspare dall'incontro di ieri tra il ministro dell'Economia Giorgetti e quello della Salute Schillaci proprio in vista della prossima legge di bilancio, ma è già chiarissimo che la partita dei fondi per la Sanità sarà tra le più complicate proprio alla luce dei margini strettissimi su cui si muove il Governo come ripete costantemente lo stesso

Giorgetti. Che tra l'altro deve provare a trovare una soluzione anche al payback che pesa per 1 miliardo sulle aziende (*vedi intervista sotto*).

Di sicuro nonostante le ristrettezze un segnale al personale sanitario - sempre più restio a lavorare nel Ssn dove si contano 2mila dimissioni l'anno solo tra i medici - non potrà mancare: l'ipotesi di partenza dunque è quella di puntare sulla flat tax al 15% sull'indennità di specificità, una voce presente nella busta paga dei medici e più recentemente in quella dei dirigenti infermieri. Una misura sulla falsariga di quella già approvata nel decreto liste d'attesa dove sono state detassati al 15% gli straordinari di medici e infermieri. La nuova detassazione dovrebbe costare - secondo le stime dei sindacati - 380 milioni per i medici e 47 milioni per gli infermieri.

«La detassazione di questa indennità - avverte Pierino Di Silverio segretario dei medici ospedalieri di Anaa Assomed - è un segnale per rendere più attrattiva la professione che chiediamo ormai da tempo. Poi una volta resa più appetibile la professione - aggiunge Di Silverio - occorre facilitare anche l'accesso agli ospedali che oggi è regolamentato da una legge del 1988 in base alla quale oggi a uno specialista servono in media 2 anni e tre prove per superare un concorso». «La strada della detassazione può esser condivisa, ma non ci si può fermare solo alla voce dell'indennità di specificità perché per gli infermieri sarebbe insignificante», spiega il segretario



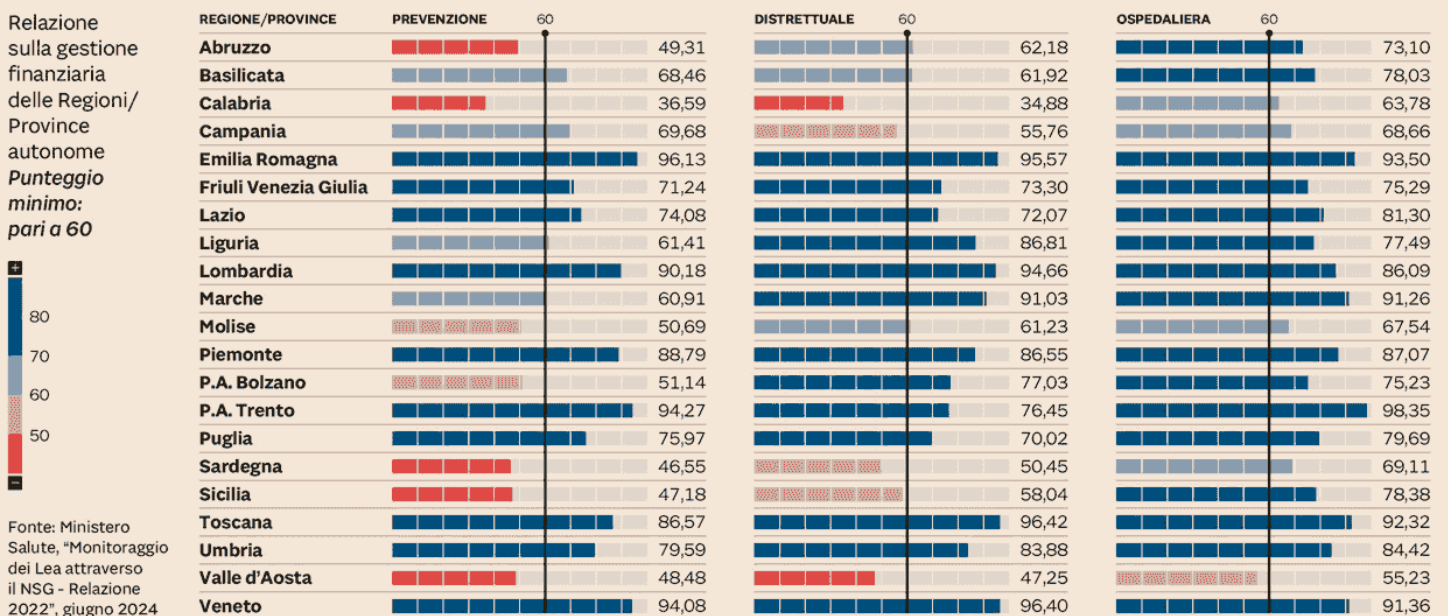
nazionale del Nursind, Andrea Bottega che ha fatto i conti sull'impatto di questa misura che porterebbe il guadagno netto per l'infermiere a 174 euro all'anno (in pratica 14,50 euro netti mensili), troppo poco per una professione su cui l'allarme carenza è molto più grave di quella dei medici. Intanto si apre un nuovo fronte sul quale il ministro Schillaci è pronto a intervenire dopo la levata di scudi dei laboratori di analisi. Nel mirino sono finite le misure del Ddl semplificazioni che puntano a spostare alcune analisi ed esami nelle farmacie: il ministro ha promesso un regolamento che fissi standard qualitativi per gli esami diagnosti-

ci in farmacia. «Ben vengano tutte le misure volte a garantire la massima qualità e sicurezza delle prestazioni che eroghiamo a favore dei cittadini», ha spiegato presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti Andrea Mandelli ricordando come durante la pandemia i farmacisti hanno svolto «un ruolo decisivo a tutela della salute pubblica confermandosi come un punto di riferimento di prossimità insostituibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Servono fondi freschi anche per le assunzioni di medici e infermieri dopo l'addio al tetto di spesa dal 2025

La mappa delle inefficienze



Sanità a rischio con il nuovo Patto Ue

Corte dei conti

Per i magistrati contabili la riattivazione dei vincoli può avere impatti pesanti. L'aumento dei fondi è inferiore all'inflazione, spesa in calo rispetto al Pil

Sanità a rischio con il nuovo patto Ue. La denuncia arriva dalla Corte dei conti. Per i magistrati contabili la riattivazione dei vincoli può avere impatti pesanti sul settore sanitario anche se, per la Corte, «il diritto alla salute prevale sull'equilibrio di bilancio». Per la Corte l'aumento dei fondi per la sanità è inferiore all'inflazione con la conseguenza che la spesa è in calo rispetto al Pil.

Bartoloni e Trovati — a pag. 3

Da Corte conti allarme sanità: forte impatto dai vincoli Ue

Salute. Per i magistrati contabili rischio di effetti «significativi» dal ritorno del Patto di stabilità, ma «il diritto alla salute prevale sugli equilibri»

Gianni Trovati

ROMA

«La riattivazione del Patto di stabilità e crescita comporterà una manovra restrittiva dal 2025 al 2027, con effetti significativi sul sistema multilivello». E in questo scenario il ritorno in campo dei vincoli fiscali comunitari «potrebbe avere un impatto significativo in particolare sul settore sanitario, aggravando» la tendenza della spesa pubblica a non tenere più il passo del Pil; ma «il diritto alla salute prevale sull'equilibrio di bilancio».

Non usa eufemismi la Corte dei conti nel porre i termini cruciali di

un dossier che promette di essere al centro delle discussioni della prossima manovra. Lo fa nella relazione depositata ieri dalla sezione Autonomie sulla gestione finanziaria 2020-2023 di Regioni e Province

autonome, enti nei quali ovviamente la sanità occupa la parte preponderante dei bilanci. E mostra crepe sempre più evidenti, confermate dall'aumento, ora sono 8, delle Regioni che non riescono a garantire almeno i livelli minimi di assistenza.

L'impostazione è analoga a quella usata dalla stessa sezione Autonomie nell'analisi dei conti di Comuni, Città metropolitane e Province (Il

Sole 24 Ore di ieri), con qualche passaggio forse più accorato nei toni per la delicatezza del tema sanitario, gestito da un sistema pubblico universale che è un'eccellenza italiana ma oggi balla sul rischio di crisi struttu-



rale denunciato dalla stessa magistratura contabile e dall'Ufficio parlamentare di bilancio in audizioni parlamentari delle scorse settimane.

Sia per Regioni e sanità sia per gli enti locali, la Corte individua nel ritorno della governance economica comunitaria il fattore potenzialmente in grado di far saltare il banco. Ma in filigrana il quadro tracciato per l'insieme delle autonomie territoriali individua la questione strutturale che pesa sui conti italiani: chiamati a tornare a una gestione ordinaria, in cui rientra anche il Patto sospeso prima per la pandemia e poi per la guerra, mentre la loro condizione è resa straordinaria da un debito pubblico che toglie ossigeno alla politica economica.

È la stessa relazione depositata ieri a ricordare che «nel periodo 2023-2027, la spesa per le principali prestazioni di protezione sociale in Italia (sanitarie, assistenziali e previdenziali) rimarrà sostanzialmente stabile in termini di Pil» mentre quella «per il pagamento degli interessi sul debito pubblico aumenterà

significativamente, con un'incidenza sul Pil in crescita dal 3,8% al 4,4%». Ma questa stasi, al netto degli interventi che andranno tentati nella manovra, arriva dopo una fase in cui la Salute non ha partecipato al banchetto servito dalla sospensione delle regole fiscali, finito ad altri settori; perché «le risorse sanitarie assegnate alle Regioni, pur aumentando, non hanno compensato l'aumento dei prezzi, riducendo la spesa sanitaria rispetto al Pil».

Il risultato è una trama sempre più sfilacciata in cui si moltiplicano i casi in cui anche i «livelli essenziali di assistenza», cioè gli standard minimi definiti per legge, diventano un miraggio. La relazione lo certifica seguendo la stessa impostazione sostanziale costruita lo scorso anno con l'esame della griglia Lea pubblicata dopo lunga attesa dal ministero della Salute. In base a 88 indicatori dettagliati la griglia attribuisce un voto sintetico ai sistemi locali nei tre settori cruciali di prevenzione, assistenza ospedaliera e territoriale (distrettuale). La Provincia di Bolzano e le regioni Abruzzo e Molise non rag-

giungono il valore soglia di 60 nella prevenzione, in Campania è insufficiente l'area distrettuale; Sardegna, Sicilia e soprattutto Calabria, titolare di punteggi particolarmente bassi, inciampano sia nella prevenzione sia nell'area distrettuale e la Valle d'Aosta è insufficiente in tutti e tre i filoni. Lo shock del Covid, conclude la Corte, non è stato riassorbito, perché nel 2019 le insufficienze erano 6.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Già ora l'aumento dei fondi non ha tenuto i ritmi dei prezzi e in otto Regioni servizi insufficienti

+4,4%

GLI INTERESSI SUL DEBITO

Secondo la Corte nel periodo 2023-2027 la spesa per gli interessi sul debito pubblico avrà un'incidenza sul Pil in crescita dal 3,8% al 4,4%.

2,4 miliardi

IL FABBISOGNO DI LUGLIO

Il Mef comunica che a luglio il saldo del settore statale si è chiuso, in via provvisoria, con un avanzo di 2,4 miliardi. A luglio 2023 era di 15,8 miliardi.



I MAGISTRATI CONTABILI SULL'AGENZIA SANITARIA

«Agenas: conti in ordine, ma con più compiti serve programmazione»

C'è necessità di una «solida programmazione» per massimizzare l'efficacia nel ruolo di raccordo fra i diversi livelli decisionali alla luce anche dei compiti che l'Agenas sta assumendo sempre di più negli ultimi anni (tra tutti quelli di monitoraggio e attuazione di alcune importanti misure del Pnrr nella Sanità). Ma i conti dell'Agenas per i servizi sanitari regionali sono in ordine con la quota di avanzo disponibile che ammonta a 92,76 milioni e con la nuova sede in arrivo per 24,95 milioni. Questi alcuni dei dati presenti nella Relazione della Corte dei

conti alla gestione finanziaria 2022 dell'Agenas pubblicata da poco. I magistrati contabili rilevano in particolare «il tratto di forte instabilità che ha connotato negli ultimi esercizi finanziari l'organizzazione dell'Ente, anche in ragione dei menzionati interventi normativi, che appaiono ispirati da esigenze contingenti anziché da solida programmazione a monte, come invece si richiederebbe nel delicato settore nel quale Agenas è chiamata ad operare con un ruolo di raccordo operativo fra i diversi livelli decisionali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



METTITI IN LISTA ASPETTA E SPERA

L'OPERA

I tempi di attesa nella Sanità continuano ad allungarsi. Le richieste aumentano, le prestazioni calano. Il decreto del governo non sblocca una situazione critica. I cittadini pagano sempre di più, mentre molti per mancanza di soldi rinunciano a curarsi

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



È inizio giugno e, in vista delle imminenti elezioni europee, il governo di **Giorgia Meloni** fa due cose. Primo: il premier vola in Albania per ricordare agli italiani che i migranti – non tutti, solo una piccolissima parte –, sarà dirottata laggiù al costo (per le tasche pubbliche) di 800 milioni. Secondo: il ministro della Salute, **Orazio Schillaci** annuncia una riforma della Sanità, che punta soprattutto a una miracolosa riduzione delle liste d'attesa e stavolta però il progetto è a costo zero: il ministro dell'Economia, **Giancarlo Giorgetti**, tiene i cordoni della borsa serrati. Finite le elezioni, il decreto legge, approvato il 24 luglio, è diventato un testo scarno, senza coperture finanziarie e pochi effetti tangibili sulla popolazione. Tutto il resto è finito in un disegno di legge che seguirà i tempi dell'iter parlamentare.

Si tratta tuttavia di un provvedimento che guarda al dito anziché alla luna. Partiamo da **Domenico Mantoan**, direttore generale Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, un tecnico di destra, che è stato per oltre un decennio il capo della Sanità veneta. Lo scorso 27 giugno ha presentato pubblicamente un report relativo all'efficienza delle liste d'attesa nel Servizio sanitario nazionale. Mantoan, esperto conoscitore del sistema pubblico, fa notare che in quattro anni – fra il 2019 e il 2023 – a fronte di un numero di medici stabili (oggi sono 128mila, contro i 127mila

del passato), il numero di prescrizioni ambulatoriali è aumentato del 44 per cento (oggi sono poco meno di un miliardo l'anno), mentre il numero di risonanze magnetiche della colonna vertebrale, ad esempio, è aumentato del 60 per cento. Bastano questi quattro numeri per confermare, come ormai stanno dicendo moltissimi esperti di programmazione sanitaria, che il problema del Ssn non è l'allungamento delle liste d'attesa in sé, piuttosto l'as-

senza di una seria riforma del Servizio che, a fronte di risorse economiche inadeguate, sappia mettere davvero al centro la cura dei pazienti, specialmente quelli cronici, prendendoli in carico, evitando di lasciare i cittadini in balia di medici di base troppo deboli e poco attrezzati per offrire una risposta differente dall' «eccole l'impegnativa per una visita specialistica». E tutte le declinazioni manifeste della iperprescrizione di visite mediche e diagnostiche.

Dicono i dati Agenas che tra il 2019 e il 2023 le prescrizioni delle prime visite sono aumentate del 31%, con punte del 268% in Calabria, del 145% in Alto Adige, più 115% in Emilia Romagna, seguita dal Veneto,

deboli e poco attrezzati per offrire una risposta differente dall' «eccole l'impegnativa per una visita specialistica». E tutte le declinazioni manifeste della iperprescrizione di visite mediche e diagnostiche.

Dicono i dati Agenas che tra il 2019 e il 2023 le prescrizioni delle prime visite sono aumentate del 31%, con punte del 268% in Calabria, del 145% in Alto Adige, più 115% in Emilia Romagna, seguita dal Veneto, così come sono cresciuti del 38% gli esami diagnostici (per esempio la risonanza magnetica), con ancora la Calabria che registra un boom di prescrizioni: più 263%. Seguono l'Alto Adige, l'Abruzzo, la Sardegna e il Lazio che triplicano il volume di ricette rosse prescritte. Eppure, mentre le visite prescritte aumentano, quelle erogate si riducono del 10 per cento: maglia nera alla Sardegna (meno 35%), segue l'Alto Adige (meno 31%), la Valle d'Aosta e la Basilicata, con sole due Regioni che migliorano la performance rispetto a quattro anni fa (Lombardia e Trentino, più 2%).

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, nella sua audizione al Senato sul Dl 73/2024 Liste d'attesa, al primo punto dice che l'urgenza è quella di affrontare il problema dei «tempi di attesa, che aumentano a causa dello squilibrio tra l'offerta e la domanda di prestazioni sanitarie, di cui non tutte soddisfano reali bisogni di salute. Una quota di esami diagnostici e visite specialistiche è inappropriata: la loro esecuzione non apporta alcun beneficio in termini di salute e contribuisce ad «ingolfare» il sistema, lasciando indietro pazienti più gravi». E aggiunge: «Le misure previste dal Dl inseguono la domanda, aumentando l'offerta. Una strategia perdente: come dimostrano numerosi studi, infatti, una volta esaurito il cosiddetto effetto spugna nel breve periodo, l'incremento dell'offerta induce sempre un ulteriore aumento della domanda. In tal senso, è indispensabile definire criteri di appropriatezza di esami e visite specialistiche e un piano di formazione sui professionisti e d'informazione sui pazienti, al fine di arginare la domanda inappropriata di prestazioni». Cartabellotta, sostanzialmente, conferma quello che Mantoan fotografa con i dati. Ed è esattamente quello che sostiene **Francesco Longo** del Cergas Bocconi: «I dati ufficiali ci mostrano come i consumi di prestazioni sanitarie in Italia siano randomici. Ad esempio, nell'attività diagnostica gli emiliani consumano il doppio dei lombardi, mentre questi ultimi consumano il doppio di prime visite rispetto agli emiliani. E non vi è una ragione precisa: la richiesta è puramente casuale. Mentre è un dato di fatto che molti, troppi malati cronici restano ▶

così come sono cresciuti del 38% gli esami diagnostici (per esempio la risonanza magnetica), con ancora la Calabria che registra un boom di prescrizioni: più 263%. Seguono l'Alto Adige, l'Abruzzo, la Sardegna e il Lazio che triplicano il volume di ricette rosse prescritte. Eppure, mentre le visite prescritte aumentano, quelle erogate si riducono del 10 per cento: maglia nera alla Sardegna (meno 35%), segue l'Alto Adige (meno 31%), la Valle d'Aosta e la Basilicata, con sole due Regioni che migliorano la performance rispetto a quattro anni fa (Lombardia e Trentino, più 2%).

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, nella sua audizione al Senato sul Dl 73/2024 Liste d'attesa, al primo punto dice che l'urgenza è quella di affrontare il problema dei «tempi di attesa, che aumentano a causa dello squilibrio tra l'offerta e la domanda di prestazioni sanitarie, di cui non tutte soddisfano reali bisogni di salute. Una quota di esami diagnostici e visite specialistiche è inappropriata: la loro esecuzione non apporta alcun beneficio in termini di salute e contribuisce ad «ingolfare» il sistema, lasciando indietro pazienti più gravi». E aggiunge: «Le misure previste dal Dl inseguono la domanda, aumentando l'offerta. Una strategia perdente: come dimostrano numerosi studi, infatti, una volta esaurito il cosiddetto effetto spugna nel breve periodo, l'incremento dell'offerta induce sempre un ulteriore aumento della domanda. In tal senso, è indispensabile definire criteri di appropriatezza di esami e visite specialistiche e un piano di formazione sui professionisti e d'informazione sui pazienti, al fine di arginare la domanda inappropriata di prestazioni». Cartabellotta, sostanzialmente, conferma quello che Mantoan fotografa con i dati. Ed è esattamente quello che sostiene **Francesco Longo** del Cergas Bocconi: «I dati ufficiali ci mostrano come i consumi di prestazioni sanitarie in Italia siano randomici. Ad esempio, nell'attività diagnostica gli emiliani consumano il doppio dei lombardi, mentre questi ultimi consumano il doppio di prime visite rispetto agli emiliani. E non vi è una ragione precisa: la richiesta è puramente casuale. Mentre è un dato di fatto che molti, troppi malati cronici restano ▶



► tagliati fuori dalle cure e stritolati dalle liste d'attesa. È su di loro che dovrebbero concentrarsi gli sforzi di cura del Ssn».

Senza considerare che le metriche di calcolo delle già lunghissime liste d'attesa, non considerano un 10 per cento di popolazione che, a fronte di una malattia, rinuncia a curarsi – spesso proprio per motivi economici – e che il 50 per cento delle visite mediche avviene privatamente, così come il 30 per cento degli esami diagnostici, mentre è in costante aumento il volume di coloro che ricorre a interventi chirurgici in regime di sanità privata. Dice l'Istat che le lunghe liste di attesa sono diventate la principale causa di rinuncia alle cure in Italia, con il 4,5% della popolazione che nel 2023 non ha potuto effettuare visite ed esami per questo motivo, superando la quota di chi rinuncia per ragioni economiche (4,2%).

Il privato accreditato ha colpe proprie, perché «punta a crescere e, non potendo farlo basandosi sui rimborsi del Ssn, lo fa spingendo sui servizi a pagamento», spiega Longo, indicando – fra i servizi offerti dalle cliniche – le prestazioni a più alto costo, come gli interventi chirurgici. «Ovviamente questo crea ancora più disuguaglianze perché è ad appannaggio di chi è assicurato o dei ricchi», conclude il professore che invita a ridisegnare il sistema a favore di una maggiore equità.

Una bella speranza, se si considera che la spesa sanitaria a carico dei cittadini (out-of-pocket) ha raggiunto i 41,503 miliardi di euro. «Una cifra che sicuramente sarebbe più elevata se si considerasse il volume di quegli italiani che ricorrerebbero alle cure private, se avessero i soldi. Invece, semplicemente, vi rinunciano», spiega Cartabellotta, che aggiunge: «Va segnalato che la spesa privata include anche 4,6 miliardi intermediati da fondi sanitari e assicurazioni. E i fondi sanitari integrativi aumentano la spesa privata totale, senza ridurre quella a carico dei cittadini per due ragioni. Prima: almeno il 30% dei premi versati non genera servizi per gli iscritti perché viene eroso da costi amministrativi, fondo di garanzia (o oneri di ri-assicurazione) e utili delle compagnie assicurative. Seconda: la defiscalizzazione dei fondi sanitari sposta risorse pubbliche verso l'intermediazione assicurativo-finanziaria e la sanità privata, alimentando una privatizzazione strisciante».

Poi, per tornare al Dl Liste d'attesa, va detto che quella piccola riforma, per essere attuata, avrebbe bisogno di almeno sette decreti attuativi e, per quattro di questi, i tem-

pi non sono neppure stati definiti. Inoltre la riforma è a costo zero, se non per la creazione di un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che costa 2,65 milioni di euro, e difficilmente potrà imporsi su una materia di competenza regionale. Il decreto prevede di ridurre le liste d'attesa incentivando il personale medico a lavorare più ore, «ma il carico di lavoro del personale sanitario è già inaccettabile», sostiene Cartabellotta. L'unica nota positiva va alla creazione di un'unica Piattaforma nazionale per le liste d'attesa, un obiettivo salutato favorevolmente anche da Mantoan, perché risolverebbe il problema dell'eterogeneità dei dati. Tuttavia la sua realizzazione, da tempo nell'agenda di innumerevoli decreti pregressi e mai attuati, rischia di essere un miraggio, vista la competenza regionale della materia sanitaria.

L'unica utile riforma del Ssn che risponde al bisogno di cura dei cittadini, stava all'interno del Pnrr e prevedeva la creazione di un sistema sanitario di presa in carico territoriale del malato. Un progetto in profondo ritardo e ridimensionato, «con un impatto negativo sul modello della medicina territoriale, essenziale per offrire cure tempestive e appropriate ai pazienti direttamente nel loro contesto di vita», conferma Cartabellotta, che continua: «Sebbene i ritardi attuali non siano particolarmente critici, l'implementazione delle misure previste dal Pnrr è ostacolata da significative differenze regionali. Questo è evidente nel raggiungimento degli obiettivi sull'Assistenza domiciliare integrata (Adi) per gli over 65 anni, dove le Regioni del Mezzogiorno partono da una posizione di svantaggio rispetto al Nord. Ad esempio, nel 2023 il target nazionale di pazienti assistiti in Adi è stato formalmente raggiunto, ma questo dato nasconde enormi disparità regionali. Alcune Regioni come la Provincia Autonoma di Trento, l'Umbria, la Puglia e la Toscana hanno superato il target di oltre il 100%, mentre altre come la Sardegna, la Campania e soprattutto la Sicilia sono molto indietro. La medicina territoriale è progettata per assicurare che i pazienti ri-



cevano cure appropriate e tempestive secondo il principio di prossimità, riducendo così la pressione sugli ospedali e migliorando la qualità della vita dei cittadini. Tuttavia, senza un'adeguata implementazione delle misure previste dal Pnrr, rischiamo di perdere questa grande opportunità».

Molte delle infrastrutture previste per potenziare la medicina territoriale sono ancora in fase di progettazione o costruzione mentre altre, inizialmente previste nel Pnrr e poi espunte, verosimilmente vedranno la luce solo dopo giugno del 2026. E queste strutture non possono funzionare senza un adeguato numero di medici,

infermieri e altri operatori sanitari. Conclude Cartabellotta: «Soprattutto la carenza di infermieri è già critica, aggravata dalla scarsa attrattività della professione a causa delle basse retribuzioni. Pertanto la riforma dell'assistenza territoriale richiede una revisione delle politiche per il personale e un adeguato investimento nelle risorse umane».

'E

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per approfondire o commentare questo articolo o inviare segnalazioni scrivete a dilloallespresso@lespresso.it

Le prescrizioni per le visite sono cresciute del 23 per cento. Ma quelle realizzate sono scese del 10%. E gli italiani hanno tirato fuori di tasca propria 41 miliardi e mezzo

Una svolta positiva potrebbe venire dall'assistenza a domicilio. Nonostante i fondi del Pnrr anche in questo progetto le differenze tra le varie zone del Paese sono enormi

LE STRUTTURE

L'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, una delle strutture che è stata in prima linea durante l'emergenza Covid-19



È urgente? Ci vediamo tra un anno

GLORIA RIVA

Le liste d'attesa? Sono un falso problema. Con tutti i soldi che questo governo sta lasciando nelle tasche degli italiani, per esempio grazie alla flat tax per i percettori di partita Iva, vuoi che un cittadino non si possa permettere una visita oculistica (privata) a soli 130 euro? E con tutti i quattrini risparmiati dagli evasori, per merito di una riduzione del numero di controlli dell'Agenzia delle Entrate, vuoi che un cittadino non possa permettersi una risonanza magnetica con contrasto (privata) a soli 560 euro? E poi, con quel gruzzoletto di 30 euro in più al mese racimolato dai lavoratori dipendenti, per merito della riduzione del cuneo fiscale, vuoi che i cittadini non possano permettersi di spendere 10mila euro per un intervento alla prostata in clinica (privata)? Del resto, per chi conta davvero, c'è la cassa previdenziale (privata, pure quella) – che costa non meno di 200 euro al mese, trattenuti in busta paga – e copre gran parte del costo degli interventi. I poveri? Per loro c'è la lista d'attesa del Servizio sanitario nazionale. Che non sta benissimo. Nell'avanzata Lombardia, in un'analisi effettuata dai giornalisti de L'Espresso, si scopre che per effettuare un intervento di ricostruzione della cataratta in regime di Ssn, l'attesa è di un anno e mezzo. Mentre nel reparto solventi (ovvero a pagamento) di uno dei maggiori ospedali privati di Milano, l'attesa è di una settimana, alla modica cifra di 800 euro (per occhio). Il tutto rimborsabile grazie alla cassa previdenziale privata.

E chi non ce l'ha? O paga di tasca propria o attenderà i 18 mesi del Ssn. Non è un caso isolato. Siamo sempre nell'avanzata Lombardia e per un intervento alla prostata l'attesa è di due anni. Il paziente, arresosi

di fronte all'aggravarsi della situazione, ha optato per l'intervento a sue spese. Costo complessivo: 10mila euro. La beffa? Quattro mesi dopo l'operazione viene contattato dall'Ospedale Niguarda di Milano e informato che si sarebbe liberato un posto in sala operatoria.

Per cose più semplici, una mammografia programmabile, cioè da eseguire entro 90 giorni, l'attesa è di oltre un anno. Dall'altra parte dello Stivale, in Sicilia, per una visita fisiatrica, dopo un trauma alla caviglia con lesione del legamento, l'attesa è di 14 mesi. Privato? Quattro giorni. Cambio di scena, entriamo nel Lazio con una ricetta del medico di base: per una visita ginecologica e relativa ecografia programmabile c'è da attendere fino a metà 2025. Capita, nel Lazio, che l'abitudine a dirottare esami sul privato sia così consolidata da confondere i receptionist del Cup, Centro unico prenotazione, perché in più d'un caso, a fronte di una richiesta di visita in regime di Ssn, viene risposto che le uniche opzioni sono l'intramoenia (ovvero le visite private effettuate da medici che lavorano dentro ospedali pubblici) o una visita privata. Eppure l'articolo 32 della Costituzione dice che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e della collettività, ribadendo la gratuità del servizio.

Spostiamoci nelle Marche: una farmacista ci dice che non è possibile prenotare visite perché il sistema del Centro unico prenotazioni è stato hackerato, e comunque per un elettrocardiogramma urgente



bisogna rivolgersi al privato, nel pubblico non c'è posto. E per un ecodoppler urgente? «Non c'è disponibilità. Richiami domani, magari si libera qualcosa», dice la centralista, con cui siamo riusciti a parlare dopo due ore di tentativi. Anche in Puglia ci dicono «spiacente, non ci sono date disponibili» per una visita angiologica. In Piemonte, per un'ecografia della tiroide l'attesa è di 403 giorni. Per una mammografia 427 giorni, 351 giorni un primo appuntamento con il fisiatra. Sono numeri ufficiali, pubblicati nella sezione «amministrazione trasparente» dell'Azienda ospedaliera le Molinette di Torino e aggiornati a giugno 2024 e che non si discostano rispetto ai dati delle altre realtà pubbliche. La conferma viene dall'indagine sulle liste d'attesa e i Centri unici di prenotazione regionali, realizzata da Cittadinanzattiva: «I dati messi a disposizione dalle singole Regioni sono disomogenei e di difficile consultazione» e solo 9 Regioni su 20 forniscono l'aggiornamento a giugno 2024, fra cui Lazio, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Valle d'Aosta, Umbria, Friuli, Calabria e Alto Adige, più alcune Asl della Lombardia. Le restanti dieci Regioni, invece, forniscono dati fermi a maggio. Bandiera nera è il Molise, la cui statistica si ferma al 2023. L'omogeneità dei dati, un chiodo su cui Agenas e la Corte dei Conti hanno più volte battuto, è uno dei problemi che il decreto legge "anti liste d'attesa" del ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, punta a risolvere, anche se non sarà affatto semplice intervenire a livello centrale su una materia che è prettamente di competenza delle Regioni. Di più, i dati non sono confrontabili: «Alcune Regioni offrono la percentuale delle visite effettuate nei tempi stabiliti dalla classe di priorità indicata nella ricetta medica; altre i giorni di attesa medi previsti; altre ancora la prima data disponibile, come fanno alcune Asl dell'Abruzzo», scrive il report di Cittadinanzattiva.

L'indagine si è poi focalizzata sull'analisi dei tempi di attesa, Tda, per sei prestazioni (visita cardiologica; pneumologica; ginecologica; oncologica; ecografia addome completo; mammografia). «Da Nord a Sud c'è una generalizzata difficoltà nel rispetto delle tempistiche previste dalle diverse classi di priorità. Ogni area d'Italia ha Regioni con andamenti che si possono definire buoni e al-

tre tempistiche rispettate con una percentuale al di sotto del 20%, che risultano inaccettabili». Ad esempio, l'Asl di Pescara, che ha per lo più risultati buoni di rispetto dei tempi attorno al 90%, per tutte le visite da erogare entro i 10 o entro i 30 giorni mostra il fianco sul fronte delle visite programmabili, dove solo tre cittadini su 10 riescono a prenotare un'ecografia addome completo entro i 120 giorni. In Umbria solo un cittadino su tre riesce a prenotare un'ecografia addominale stando nella prescrizione dei 10 giorni, mentre per la visita oncologica i risultati sono molto migliori. Nella Asl di Bari in Puglia solo 9 cittadini su cento possono prenotare una visita pneumologica in classe B, cioè da effettuare entro i 10 giorni e non va meglio per gli esami cardiologici a Lecce.

Nonostante gli sforzi, non c'è stato un sostanziale miglioramento rispetto al luglio 2023. «Abbiamo confrontato i risultati odierni con quelli ottenuti nella precedente indagine, svolta esattamente un anno fa in Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia e Puglia: c'è un sostanziale equilibrio tra miglioramenti e peggioramenti, dimostrando come la situazione sia più o meno rimasta la stessa». A fronte di alcuni miglioramenti – cresce del 25% la percentuale di pazienti che all'Asl Roma 4 riesce a ottenere una visita cardiologica in tempi brevi, migliora nettamente anche l'Asl di Bari per i Tda della mammografia (più 53%), e la pneumologia nell'Ausl Emilia Romagna (più 55%) – si registrano dei consistenti peggioramenti: 427 giorni all'Asl Liguria 3 per una visita cardiologica di classe P, rispetto ai 6 necessari nel 2023; erogate appena il 42% delle visite pneumologiche in classe B nell'ASL Viterbo rispetto al 100% dell'anno precedente; nell'Ausl di Parma si registra una riduzione del 12% nel rispetto dei tempi di attesa per una visita cardiologica. Sorprendono i dati della Calabria dove, a fronte di tante criticità segnalate dai cittadini, i tempi indicati nella piattaforma regionale mostrano una situazione di quasi eccellenza. Delle due l'una: o i calabresi non provano neppure a richiedere una visita in loco e si spostano altrove, oppure il dettaglio fornito online non è



esaustivo o omogeneo rispetto ad altre realtà. Cittadinanzattiva promette ulteriori verifiche per approfondire.

Veniamo ora alla fase di prenotazione e ai tentativi di contatto dei Cup: «Ogni Regione ha un Centro unico di prenotazione, ma risultano essere centralizzati per 13 Regioni, mentre sono divisi per territorio nelle restanti sette (Calabria, Sicilia, Puglia, Campania, Veneto, Sardegna e Toscana), con altrettanti diversi numeri telefonici», afferma il report. I tempi di attesa al telefono sono di soli 2 minuti e 15 secondi per il Lazio; un'attesa massima di 3 minuti per Lombardia, Puglia, Sardegna, Campania e Basilica-

ta. «Nelle altre regioni invece il tempo di attesa è variato dai 3 minuti e 20 secondi del Veneto, fino agli oltre 18 minuti per la Liguria. inoltre, nonostante diversi tentativi, non si è riusciti a ottenere risposta dai Cup di Toscana, Valle d'Aosta e Friuli, a causa dell'elevato traffico telefonico».

'E

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per un'ecografia oltre 400 giorni. Lo stesso per una visita cardiologica. O ginecologica. E questo al Nord. In altri casi, nessuna disponibilità. Ecco la mappa del disastro

I dati forniti dalle diverse regioni sono organizzati con criteri disomogenei. Fare confronti è di fatto impossibile. Dove si registrano miglioramenti su qualche fronte si peggiora su altri

A TURNO

La sala d'aspetto dell'ospedale San Giuseppe Multimedita in via San Vittore a Milano

IL MINISTRO

Orazio Schillaci, ministro della Salute. A sinistra, il blocco operatorio hi-tech, all'ospedale San Camillo-Forlanini di Roma



Il primo obiettivo è garantire le cure a tutti

colloquio con ANNA LISA MANDORINO di GLORIA RIVA

Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva, cosa ne pensa dello spaccettamento del decreto legge sulle Liste d'attesa?

«Ha reso più frammentato e lento il processo. Ma almeno il decreto mette in fila una serie di questioni, che erano già state ampiamente previste in passato ma mai inserite in una norma sulle liste d'attesa. Facciamo un esempio, i cittadini che contattano i Cup, continuano a segnalarci le liste d'attesa chiuse: si tratta di una irregolarità. Allo stesso modo, in caso di tempi troppo lunghi, i cittadini possono già chiedere che quella prestazione – effettuata in regime privato – possa essere interamente resa dietro pagamento del ticket se previsto dal Ssn. Così come già oggi deve esserci un equilibrio fra le prestazioni ordinarie e quelle in intramoenia: tuttavia accade che vengano favorite le seconde. Finora, però, è stato difficile far valere questi diritti e principi, mentre il decreto legge riordina l'intera materia per rendere più semplice la possibilità di rispettare il diritto alla salute dei cittadini».

Agenas gestirà il monitoraggio, ma alle Regioni resterà il controllo sulle Asl. Riusciremo ad avere dati puntuali e azioni certe in caso di inadempienze?

«È fondamentale avere una piattaforma unica in cui confluiscono le informazioni sulle liste d'attesa, che finora sono state frammentate, poco aggiornate, non verificabili, incomplete. Senza una fotografia precisa non è possibile infatti comprendere le reali criticità. Ad esempio non è possibile dire con certezza che il problema sia

l'eccesso di prescrizioni e la scarsa appropriatezza. Sul piano dell'offerta è importante che nei Cup confluiscono anche le agende di prenotazione delle strutture accreditate (cosa che il Decreto prevede). Ma altrettanto fondamentale è il controllo e la messa in atto di azioni correttive che ripristinino il diritto dei cittadini all'accesso alle cure nei tempi stabiliti: le Regioni hanno chiesto ed avuto maggiore autonomia rispetto a questo, ora dovranno garantirlo. In caso di inadempienze il governo centrale potrà intervenire».

Regioni riottose a fornire informazioni. E parliamo solo della sanità, figuriamoci cosa

succederà una volta che sarà introdotta l'autonomia differenziata.

«Se Regioni e Stato non siglano un patto per la salute dei cittadini, il braccio di ferro fra i due danneggerà soprattutto questi ultimi. Vale per la sanità, varrà per le altre materie che passeranno alla competenza territoriale. Serve maggiore collaborazione: se le Regioni non sono pronte a rendicontare, il rischio è che lo Stato sia usato come bancomat».

A proposito di denaro: il decreto punta ad annullare il tetto di spesa per il personale medico. Si tornerà ad assumere?

«Vedremo. Intanto quel provvedimento è previsto per il 2025 e collegato a un decreto ad hoc. E al momento non abbiamo certezza sulle tempistiche. Un'altra misura, che ci sta a cuore, e per la quale sosteniamo un emendamento appena presentato, è l'obbligatorietà di agende dedicate oltre che per le malattie oncologiche e croniche-degenerative, anche per quelle rare. Sono problematiche che dovrebbero restare fuori dalla lista d'attesa e questi pazienti non dovrebbero restare in balia di un centro di prenotazione, ma inseriti in un percorso che garantisca loro visite ed esami di controllo in maniera automatica». **E**

Le liste chiuse non dovrebbero esistere. Il ricorso obbligato al privato deve essere rimborsato. Le finalità del decreto legge nell'analisi della segretaria generale di Cittadinanzattiva





Emilio Carelli

Sanità in attesa tra promesse e drammi reali

Questa settimana L'Espresso dedica la copertina a una delle piaghe più urgenti e sentite della sanità italiana: le liste d'attesa. Un tema che continua a suscitare dibattiti e preoccupazioni, soprattutto alla luce del recente decreto Liste d'attesa, ora diventato legge con il via libera definitivo del Parlamento. Tra polemiche e speranze, cerchiamo di capire cosa cambierà davvero per i cittadini italiani.

Il contesto attuale è desolante: tempi biblici per esami fondamentali come un'ecografia all'addome che possono raggiungere i 498 giorni, oltre un anno e mezzo. Il nuovo provvedimento del governo mira a ridurre drasticamente queste attese, ma le critiche non mancano. La sinistra accusa l'ese-

cutivo di promuovere una privatizzazione mascherata della sanità pubblica, senza peraltro fornire le coperture finanziarie necessarie.

La norma "Salta-Fila" introduce la possibilità di ottenere visite ed esami entro i tempi stabiliti dalla legge. Se l'ospedale pubblico non è in grado di rispettare tali scadenze, l'ASL dovrà garantire la prestazione in una struttura privata accreditata o ricorrendo alla libera professione dei medici ospedalieri. Il paziente pagherà l'equivalente del ticket, senza costi aggiuntivi. Tuttavia, i dati raccolti nell'inchiesta della nostra Gloria Riva evidenziano già le attuali difficoltà nel rispettare i tempi di legge.

Un altro aspetto del decreto prevede l'estensione degli orari di apertura delle strutture sanitarie, comprese le giornate di sabato e domenica, per esami e visite. Un'apertura straordinaria è prevista anche per i centri di trasfusione, al fine di garantire l'autosufficienza del fabbisogno di sangue. Sono misure che, sulla carta, potrebbero migliorare la

situazione, ma la loro reale efficacia dipenderà dalla capacità di implementazione e attuazione.

La nostra inchiesta ha raccolto dati inediti da Cit-

tadinanzattiva, rilevando attese superiori a un anno per semplici esami in diverse regioni. Un quadro allarmante che mette in luce l'urgenza di interventi concreti. La medicina territoriale e l'assistenza domiciliare potrebbero rappresentare una svolta positiva, ma molte infrastrutture necessarie sono ancora in fase di progettazione o costruzione.

Un dato drammatico emerge su tutti e riguarda il 10% della popolazione che, di fronte a una malattia, rinuncia a curarsi a causa delle lunghe liste d'attesa e dell'impossibilità economica di rivolgersi alla sanità privata. Questo fenomeno rende le liste d'attesa la principale causa di rinuncia alle cure in Italia, una situazione inaccettabile per un Paese che si vanta di un sistema sanitario nazionale tra i migliori al mondo.

Esiste inoltre il fondato sospetto che in alcune regioni le liste d'attesa siano state gestite in modo tale da favorire il ricorso alla sanità privata, che negli ultimi anni ha registrato un notevole aumento. Ma un servizio sanitario nazionale efficiente dovrebbe garantire a tutti i cittadini l'accesso alle cure necessarie senza discriminazioni. Il ricorso obbligatorio al privato, previsto dal decreto, dovrebbe essere un'eccezione temporanea e totalmente rimborsato, non la norma. Altrimenti, il rischio è di creare un sistema sanitario a due velocità, dove solo chi può permettersi di pagare ottiene cure tempestive e di qualità.

La verità è che l'Italia ha bisogno di un vero e proprio piano di investimenti nella sanità pubblica, che comprenda l'assunzione di personale, il potenziamento delle infrastrutture e la digitalizzazione dei servizi. Solo così potremo garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute, come sancito dalla nostra Costituzione. Le promesse del governo devono trasformarsi in azioni concrete e monitorabili, per evitare che questo ennesimo decreto si traduca in un fallimento per mancanza di fondi. La salute dei cittadini deve tornare a essere una priorità assoluta, al di là di ogni polemica politica.

E

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1 ago
2024

DAL GOVERNO

S
24

Liste d'attesa, in vigore dal 1 agosto la legge Schillaci. Ora tocca ai decreti attuativi

di Red. San.

Con la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale n. 178 del 31-07-2024 entrano ufficialmente in vigore, dal 1 agosto, le nuove misure contro le liste d'attesa in sanità contenute nel decreto legge 7 giugno 2024 n. 73, convertito in legge il 24 luglio scorso e il cui testo coordinato è pubblicato a pagina 26 della G.U.

Di seguito uno "specchietto" di sintesi della legge, che attende però la traduzione concreta dei decreti attuativi su cui misurerà la propria efficacia.

1. Piattaforma nazionale liste d'attesa, in capo all'Agenas (Agenzia per i servizi sanitari regionali), pensata per monitorare in tempo reale le 'code' ospedale per ospedale, cosa che oggi non avviene o che si fa solo in alcune regioni. Compiti: garantire l'efficacia della misurazione delle prestazioni in lista attesa e verificare che ci sia disponibilità di agende di prenotazione sia per il sistema pubblico sia per i privati accreditati; verificare i percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa; verificare la modulazione dei tempi in relazione alle classi di priorità; verificare l'attuazione del decreto di riorganizzazione delle cure sul territorio; verificare l'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni (l'esame o la visita giusta prescritta/o al paziente nei setting di cura giusti), anche



utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale; audit nei confronti nelle Regioni in cui si rilevino inefficienze o anomalie.

2. Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che tramite la nuova figura del Rappresentante unico regionale dell'assistenza sanitaria (Ruas) in caso di criticità sollecita la verifica di volumi e tempi d'attesa e segnala le strutture che non rispettano i termini.

3. Attivazione di Cup (Centri unici di prenotazione) unici a livello regionale o comunque integrati in modo da unificare anche le agende di cura degli ospedali privati accreditati con il Servizio sanitario nazionale.

4. Meccanismo "salta-code": se in caso di chiamata al Cup l'ospedale pubblico non è in grado di erogare la prestazione nei tempi previsti, allora la Asl dovrà coprire le spese della stessa prestazione nel privato oppure in intramoenia

5. Sistema di disdetta delle prenotazioni (vale anche per gli esenti): il cittadino è tenuto a disdire entro 2 giorni lavorativi e se non lo fa e non si presenta paga il ticket

6. Visite diagnostiche e specialistiche anche di sabato e domenica e fascia oraria prolungabile (aperture straordinarie anche dei centri trasfusionali)

7. Persone con malattie cronico-degenerative e oncologiche: va loro garantito l'accesso alle prestazioni incluse nei loro percorsi diagnostico-terapeutici attraverso agende dedicate, gestite direttamente dallo specialista che li segue (perciò escono dal percorso di prenotazione "generalista")

8. Detassazione degli straordinari di medici e infermieri (ma c'è il problema della carenza di personale già stressato da turni extra) con l'inserimento di una "flat tax" al 15%.

9. Dal 2025 il decreto punta a superare il tetto sulla spesa per il personale sanitario che fissa il limite al livello 2004 meno l'1,4%

10. Potenziamento dei Dipartimenti di salute mentale per rafforzare i servizi di Psichiatria

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1 ago
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Liste d'attesa/ Sir: legge pubblicata in Gazzetta, un primo passo avanti importante

“La Società italiana di reumatologia esprime una soddisfazione generale per il contenuto e le misure introdotte dal Governo di contrasto al fenomeno delle liste d'attesa”. Lo afferma il presidente, Gian Domenico Sebastiani, direttore della UOC di Reumatologia presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo di Roma, in occasione della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della legge di conversione del decreto.

“Il problema delle liste d'attesa - aggiunge - è una questione critica che affligge numerosi ambiti della sanità pubblica, e l'area terapeutica della reumatologia non fa eccezione, a causa della natura progressiva e spesso invalidante delle malattie reumatiche”.

“Durante il mio intervento in Senato - continua - ho avuto la possibilità di far presente le priorità e le proposte della Società italiana di reumatologia con riferimento alle liste d'attesa. È stata per me l'occasione per presentare il documento, elaborato dalla Sir, riguardante la riorganizzazione della rete reumatologica territoriale che si pone l'obiettivo di delineare una ottimale gestione dei pazienti, facilitando i percorsi di collaborazione tra i vari livelli di rete Hub&Spoke. La Sir ribadisce l'importanza di adottare un modello di assistenza integrata che coinvolga medici di medicina generale, specialisti e strutture sanitarie territoriali in un sistema di rete, unico modello in grado di garantire una gestione più efficiente delle patologie reumatiche,



migliorando l'appropriatezza delle richieste di prestazioni e ottimizzando l'uso delle risorse disponibili”.

Ma non solo: “Il problema delle liste di attesa è strettamente connesso alla mancanza di specialisti reumatologi sul territorio. In molte regioni, nelle strutture pubbliche, siano esse territoriali od ospedaliere, non è prevista la figura del reumatologo e ciò comporta non poche conseguenze dannose per i pazienti, come il ritardo diagnostico e l'incremento dei costi dovute all'aggravarsi delle patologie”.

“Il nostro auspicio – conclude il presidente Sebastiani – è che le istituzioni lavorino affinché sia riconosciuto il giusto grado di importanza a questa figura professionale, promuovendo politiche mirate all'incremento del numero di reumatologi disponibili sul territorio. Solo così sarà possibile ridurre significativamente i tempi di attesa, garantire una diagnosi precoce e, di conseguenza, migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie reumatiche”.

Sebastiani, infine, esprime un ringraziamento “al presidente Zaffini, il relatore Zullo e l'intera Commissione Affari sociali del Senato per aver dato la possibilità alla SIR di intervenire durante il ciclo di audizioni ed essere così coinvolti nel dibattito parlamentare, dal quale è scaturito un proficuo confronto”.

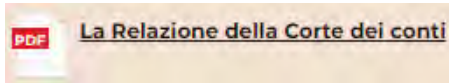
© RIPRODUZIONE RISERVATA

1 ago
2024

DAL GOVERNO

S
24

Corte dei conti: le risorse sanitarie assegnate alle Regioni non compensano l'aumento dei prezzi



Le entrate regionali, soprattutto quelle tributarie, sono aumentate, nel 2023, anche in virtù dei fondi Pnrr, dopo un calo 2022 dovuto alla fine dei trasferimenti statali straordinari per l'emergenza. Le risorse sanitarie assegnate alle Regioni non compensano, tuttavia, l'aumento dei prezzi, riducendo la quota di spesa sanitaria rispetto al Pil.

E' quanto emerge dalla "Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province Autonome per gli esercizi 2020-2023", approvata dalla Sezione delle Autonomie della Corte dei conti.

"La riattivazione del Patto di Stabilità e Crescita (PSC) - si legge nel documento - potrebbe avere un impatto significativo in particolare sul settore sanitario. Le riscossioni in conto competenza sono migliorate nel 2021 ma diminuite nel 2022, anno in cui si è registrato un aumento di quelle in conto residui. Sull'andamento delle entrate emerge, principalmente, la riduzione dei trasferimenti correnti dalle Amministrazioni Centrali".

"La spesa corrente delle Regioni a statuto ordinario - prosegue la magistratura contabile - è aumentata tra il 2020 e il 2022, con impegni e pagamenti in crescita, rispettivamente, di 7,9 e 2,6 miliardi di euro. Gli impegni per la spesa in conto capitale, diminuiti nel 2021 rispetto al 2020, sono aumentati significativamente nel 2022. La spesa sanitaria complessiva è cresciuta dai 136,7 miliardi del 2020 ai 149,5 del 2022, con il maggior



incremento al nord.

Sempre nel 2022 criticità sono state rilevate, dal Nuovo Sistema di Garanzia, in alcune Regioni. Difatti, solo 13 Regioni/Province autonome hanno superato la sufficienza in tutte le macroaree osservate e, soprattutto in quella della prevenzione, che presenta le maggiori criticità, la pandemia ha peggiorato i punteggi”.

“I bilanci regionali – sottolinea ancora la Corte - mostrano un equilibrio positivo in termini di competenza, ma, se si osservano gli accantonamenti ai fondi, i risultati aggregati rivelano un disavanzo, per il triennio 2020-2022, delle Regioni a statuto ordinario e un avanzo per quelle a statuto speciale, ad eccezione della Sicilia”.

Inoltre, sul versante dell’Agenda ONU 2030 e degli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES), i risultati del monitoraggio, in termini di efficienza ed efficacia, appaiono in miglioramento.

“La spesa sanitaria – conclude la magistratura contabile - ha visto, nel 2020, un maggiore incremento nelle Regioni a statuto ordinario su quelle a statuto speciale, con un’inversione di tendenza nel 2021 e una nuova crescita nel 2022. Nello stesso anno, l’indebitamento complessivo delle Regioni è diminuito, con un indebitamento pro capite di 668 euro, in calo sugli anni precedenti. Il dato dell’indebitamento medio pro capite è più elevato per le Regioni a statuto speciale, con significative variazioni tra le diverse aree”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricetta di Bellantone rilancia l'Iss

RAIMONDO LANZETTA

L'Intelligenza Artificiale può rappresentare una rivoluzione epocale in campo medico, in grado di contribuire a funzionalità essenziali sia di tipo clinico che sanitario, rendendo le diagnosi più precise e precoci, individuando terapie ad alta precisione, disegnate su misura per il singolo paziente. Sempre l'IA può velocizzare l'analisi di dati e cartelle cliniche, supportando il monitoraggio da remoto dei pazienti, riducendo il carico amministrativo.

Ne è convinto il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, **Rocco Bellantone**, che ha voluto fortemente una nuova struttura che studierà come l'Intelligenza artificiale possa migliorare il nostro Sistema sanitario nazionale. Per la salute degli Italiani potrebbe rappresentare l'inizio di una nuova era.

Il progetto rientra nel processo di valorizzazione e il potenziamento del ruolo di supporto dell'Iss al Servizio Sanitario Nazionale lanciato da Bellantone, chirurgo endocrino e professore ordinario di Chirurgia Generale presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, che, nella sua attività, non ha mai separato il lavoro clinico da quello di ricerca. Un obiettivo da perseguire utilizzando al meglio il patrimonio di competenze presenti all'interno dell'Istituto, attraverso una riorganizzazione nel segno delle sfide future.

La struttura IA, come dicevamo, nasce dalla convinzione che l'intelligenza artificiale nel campo dell'epidemiologia possa rappresentare una nuova era: grazie alla capacità di elaborare modelli predittivi con un grado di probabilità maggiore e diventare uno strumento centrale a supporto delle decisioni soprattutto in scenari di emergenza.

Ma una decisione clinica è molto più di un calcolo delle migliori probabilità. Queste enormi potenzialità vanno governate dall'uomo. I dati forniti dagli algoritmi restano dati la cui applicazione va misurata alla realtà, poiché non è detto che i dati indicati dalla macchina coincidano sempre

con l'interesse del paziente e non è detto che rispondano a tutte le istanze etiche che sono alla base della cura umana.

La capacità di gestire la relazione tra le indicazioni fornite dalle macchine e l'uso che se ne deve fare, in medicina richiede formazione e un sistema di orientamenti e di regole che devono essere alla base del loro utilizzo. La struttura dell'Iss per l'Intelligenza artificiale nasce proprio con l'obiettivo di guidare, formare e creare protocolli che mettano i medici in condizione di utilizzare l'IA nel migliore interesse del paziente e della sostenibilità dell'intero sistema sanitario.

Non c'è solo l'intelligenza artificiale tra gli obiettivi strategici di Bellantone, che ha imparato dalla lunga esperienza maturata in reparto l'importanza decisiva delle Bpca, acronimo che sta per Buone pratiche clinico-assistenziali. In parole semplici, si tratta di strumenti che supportano i professionisti sanitari nell'adozione delle scelte diagnostiche e terapeutiche quando non sono disponibili linee guida specifiche e aggiornate. Le Bpca permettono di produrre velocemente indicazioni di cura e assistenza, basate su evidenze scientifiche solide, per più patologie.

Grazie al Manuale di indicazioni metodologiche, la cui stesura è stata fatta in collaborazione con i principali esperti nazionali sull'eccellenza clinica, sarà ora possibile procedere velocemente alla redazione dei documenti di Bpca e quindi ampliare la disponibilità di indicazioni, non vincolanti, sia sulle aree cliniche considerate "critiche" in quanto ad alto



tasso di evenienza di contenzioso medico-legale, sia su altre tematiche di interesse prioritario per la tutela della salute pubblica.

E qui ci si collega all'obiettivo generale della presidenza Bellantone, ovvero il supporto dell'Iss al Servizio sanitario nazionale per garantire sostenibilità ed equità delle cure. La diffusione delle raccomandazioni di Bpca contribuirà al miglioramento del grado di accessibilità, appropriatezza e congruità del percorso di cura, riducendo il divario interregionale nel diritto a cure tempestive e di qualità.

Gli strumenti di indirizzo clinico e organizzativo, assieme alla digitalizzazione dei sistemi sanitari e alla telemedicina, al potenziamento delle reti di prossimità e alla concreta attuazione dei principi di integrazione tra le componenti ospedaliera territoriale e sociale del sistema salute, possono rappresentare il volano del processo evolutivo di un servizio sanitario che sia vicino ai cittadini e in grado

di soddisfare i bisogni di salute per tutti, sostenendo l'uguaglianza e l'equità di accesso alle cure, principi cardine della nostra Costituzione.

Parallelamente, all'Iss un gruppo di studio è al lavoro sul rilevamento e il monitoraggio costante delle differenze territoriali per evidenziare le maggiori criticità relative alla salute e alla speranza di vita nelle diverse regioni e sviluppare, sulla base di quanto osservato, possibili strategie di riequilibrio.

Il primo rapporto dedicato ai due tumori più frequenti in Italia, mammella e colon-retto, curato dal Gruppo, è stato appena pubblicato e mostra che al Sud, dove i tassi di mortalità una volta erano più bassi che al Nord, sono adesso, invece, sovrapponibili. L'analisi dell'Iss racconta anche che nel nostro Meridione si fanno meno screening, si migra di più per cause sanitarie e si perdono più anni di vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

All'Istituto superiore di sanità un gruppo di lavoro sull'Ia, dalle emergenze alle cartelle cliniche. Già stilate le linee guida per la redazione di protocolli di buone pratiche sanitarie



PRESIDENTE

Rocco Bellantone, presidente Iss. In alto, attività di laboratorio con l'ausilio di visore virtuale



IN 4 MESI
*La spesa
sanitaria
a 27 miliardi*

Nel quadrimestre settembre-dicembre 2023, in ambito sanitario, si sono espletate 21.486 procedure di affidamento per un valore di circa 27 miliardi di euro. È quanto emerge dal focus sulla spesa sanitaria elaborato da Anac (Anticorruzione) nell'ambito del Rapporto quadrimestrale sul mercato dei contratti pubblici.

Dalla distribuzione delle procedure per tipologia di contratto emerge che per il quadrimestre in esame, considerando gli importi com-

pletivi, si sono esperiti appalti principalmente nel settore delle forniture (circa 23,3 miliardi di euro pari al 86,3% del valore degli appalti in ambito sanitario) seguiti dal settore dei servizi (circa 3,7 miliardi di euro pari al 13,7% del valore degli appalti).

La classe d'importo con valore maggiore risulta essere quella relativa agli appalti alla fascia d'importo \geq € 25.000.000, circa 9,7 miliardi di euro, con il 35,8% del valore complessivo, seguita dalla fascia d'importo \geq €

5.000.000 < € 25.000.000, circa 8,6 miliardi di euro con il 31,8%, del totale.

— © Riproduzione riservata — ■



Sanità, in arrivo tutele contro i rischi penali

L'idea che il governo possa scendere in campo, introducendo «forme di tutela per gli esercenti le professioni sanitarie, in relazione alle norme penali» piace (molto) ai «camici bianchi». E, sempre nella «galassia» delle categorie impegnate nella tutela della salute, spunta, invece, l'appello all'Esecutivo della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici di radiologia medica, della riabilitazione e della prevenzione affinché, al pari di altre, possa «beneficiare di una propria Cassa di previdenza e assistenza», riaprendo i termini del decreto legislativo 103/1996 (il provvedimento che diede la stura alla nascita degli Enti pensionistici privati di «nuova generazione», caratterizzati dall'applicazione del metodo di calcolo contributivo pure dei trattamenti, ndr). Non si spegne l'eco delle suggestioni e delle istanze formulate dai vertici di Ordini e Collegi professionali convocati a palazzo Chigi, il 31 luglio, dal sottosegretario alla presidenza del Consiglio Alfredo Mantovano, insieme ad alcuni esponenti governativi (come illustrato su ItaliaOggi di ieri). Per la Federazione dei medici e degli odontoiatri è apprezzabile l'idea di giungere ad uno «scudo penale» per i sanitari, come ventilato durante l'incontro, mentre il Consiglio nazionale dei dottori agronomi e forestali pone l'accento sul fatto che «vige ancora molta confusione tra chi opera in ambito agricolo e ambientale, in merito alle nostre competenze e alle garanzie offerte dal sistema ordinistico. In questo modo», si segnala, «si perdono molte delle opportunità, a partire dalla fondamentale funzione sussidiaria tra professionisti e Pubblica amministrazione». Pertanto, si propone «l'istituzione di un tavolo delle professioni agricole, che diverrebbe uno strumento capace di dare un contributo di valore all'intero comparto».

Infine, dal Consiglio nazionale degli psicologi arriva l'allarme sull'«uso quasi privatistico» delle prestazioni del settore, circostanza che impoverisce l'ambito pubblico, in una fase di «crescenti fragilità». E che «il Paese non si può permettere».

Simona D'Alessio

—© Riproduzione riservata—



Salute mentale, Fdi e Lega contro la 180

Nel centenario della morte di Franco Basaglia, arrivano all'attenzione della Commissione Affari Sociali del Senato due ddl di Lega e da Fratelli d'Italia in tema di trattamento della salute mentale che secondo le opposizioni e alcune associazioni del settore come il Forum Salute Mentale e LiberaMente «stravolgerebbero peggiorandola la legge 180». Tra le misure più criticate il rafforzamento delle Rems e di «sezioni

specializzate» nelle carceri. Nel ddl della Lega, in estrema sintesi, si parla anche di individuare «una struttura clinica forense a livello regionale che permetta il coordinamento e la gestione della rete complessiva di presa in carico dei soggetti autori di reato in misura di sicurezza detentiva e non detentiva». Si punta a potenziare l'offerta «di presa in carico territoriale ed ospedaliera di persone affette da disturbi mentali severi» e ad istituire nuovi modelli

residenziali «intermedi tra i livelli ospedaliero e ambulatoriale per la presa in carico di persone affette da disturbi mentali a minore impatto psico-sociale»



1 ago
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Mancuso (Salute Donna): più tutele per i caregiver oncologici ed estendere congedo parentale a 5 anni

«I caregiver che assistono un congiunto con diagnosi di tumore in Italia sono circa 3 milioni, essere caregiver di un malato oncologico, quasi sempre un parente, non è un ruolo facile. Difficoltà emotive, esigenze di natura pratica, problemi in ambito lavorativo ed economico sono solo alcuni degli ostacoli con cui si scontra ogni giorno il caregiver. I disegni di legge in esame hanno tutte il merito di evidenziare l'esigenza di una normativa nazionale in materia di Caregiver». È quanto ha dichiarato Annamaria Mancuso, presidente di Salute Donna ODV, Coordinatrice del Gruppo "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere", intervenuta in 10° Commissione Affari Sociali alla Camera dei Deputati durante un'audizione sul tema del riconoscimento e il sostegno dell'attività di assistenza e di cura svolta dal caregiver familiare.

«Vogliamo ringraziare - ha aggiunto - il presidente Ugo Cappellacci per la consueta sensibilità e per averci consentito di partecipare a questa audizione. Ricordo che il Gruppo "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" svolge un'attività di advocacy, portando ai tavoli decisionali le istanze di 48 Associazioni di pazienti oncologici, attive nelle varie declinazioni dell'oncologia, diffuse sul territorio nazionale con oltre 200 sedi e con migliaia di volontari».

Il caregiver rappresenta un punto di riferimento fondamentale per il malato oncologico la cui malattia spesso diventa cronica, metastatica e talvolta



invalidante.

Nel corso dell'audizione, Mancuso ha espresso alcune considerazioni e proposte in merito ai disegni di legge in esame.

Una proposta portata all'attenzione della Commissione e alla quale il Gruppo tiene in modo particolare, è quella di ampliare la possibilità per i caregiver familiari di usufruire dell'aspettativa non retribuita (anche oltre i due anni previsti) qualora assistano un congiunto con grave malattia avanzata. Ciò permetterebbe di mantenere il posto di lavoro e sarebbe anche un risparmio per lo Stato. Altra proposta lanciata da Mancuso, la revisione della legge 104, permettendo anche al familiare che abita a poco distante dall'assistito di usufruire dei due anni retribuiti dalla legge, mentre oggi questo è previsto solo per i caregiver conviventi.

«Le proposte in esame esaltano un punto nodale: quello di non disperdere l'enorme patrimonio esperienziale e di conoscenza dei caregiver. Certificare queste abilità e competenze attraverso una normativa quadro nazionale, è un modo per farne tesoro» ha commentato Mancuso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1 ago
2024

DAL GOVERNO

S
24

Lazzari (Cnop): solo 5 psicologi su 100 disponibili nel pubblico

Si è tenuto ieri a Palazzo Chigi l'incontro tra il Governo e gli Ordini professionali. Presenti il sottosegretario alla presidenza Mantovano (Presidenza del Consiglio), i ministri Calderone (Lavoro), Giorgetti (Economia) Schillaci (Salute), il viceministro Sisto (Giustizia), la sottosegretaria Bergamotto (Imprese).

L'appuntamento è servito per un ampio confronto sui temi comuni e trasversali agli Ordini professionali quali enti pubblici non economici sussidiari dello Stato, presidio per la tutela dei cittadini nelle attività professionali e di rappresentanza delle competenze tecnico-scientifiche di ciascuna professione.

Nel corso dell'incontro il presidente CNOP David Lazzari ha sottolineato il ruolo sociale delle professioni, di antenna dei bisogni e risposta agli stessi, l'esigenza di una maggiore risposta pubblica ai crescenti disagi psicologici, oggi lasciata quasi esclusivamente al mercato privato e alle risorse dei cittadini, con gravissime sperequazioni. "Di fronte ad una richiesta diffusa e crescente solo cinque psicologi su cento sono disponibili nel pubblico e questo crea uno squilibrio molto critico", ha affermato Lazzari.

Il presidente del CNOP ha inoltre evidenziato l'esigenza di tutelare i cittadini e i professionisti dal mercato della moltiplicazione di nuovi ruoli professionali, che troppo spesso finiscono per duplicare competenze già esistenti e riconosciute, con particolare riferimento alla legge 4/2013 e



l'amplificazione dei problemi che ci sarebbe se l'autonomia differenziata dovesse comportare la devoluzione alla Regioni di competenze sul riconoscimento di nuovi profili professionali.

Infine, Lazzari ha ricordato la necessità di rendere il sistema dell'aggiornamento professionale più snello e vicino alle esigenze dei cittadini, avvicinando i sistemi formativi delle diverse professioni, sanitarie e non, e rendendo gli Ordini maggiormente protagonisti in questo campo.

“Una occasione importante che testimonia attenzione, faremo avere al Governo le nostre proposte perché i diritti dei cittadini rispetto ai bisogni psicologici, ma anche quelli legittimi delle psicologhe e degli psicologi siano maggiormente riconosciuti. Il Paese non si può permettere un uso quasi solo privatistico della Psicologia, ci deve essere equilibrio tra risposta pubblica e privata in un campo così delicato” ha concluso il presidente del Cnop.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1 ago
2024

EUROPA E MONDO

S
24

Allattamento al seno, il decalogo Unicef-Oms a famiglie e governi per centrare nel 2025 il primo traguardo del 50% di “copertura” nel mondo

Quando l'allattamento al seno è protetto e sostenuto, le donne hanno più del doppio delle probabilità di allattare i propri bambini. Lo rilevano Unicef e Organizzazione mondiale della sanità (Oms) in occasione della Settimana dedicata al “breastfeeding”, occasione per festeggiare un +10% di bambini sotto i sei mesi di età a livello globale allattati esclusivamente al seno negli ultimi 12 anni e quindi una percentuale pari al 48% di piccoli che in tutto il mondo ora beneficiano di questo inizio di vita sano, che si traduce in centinaia di migliaia di vite salvate dal latte materno. Se si avvicina l'obiettivo Oms di portare l'allattamento al seno esclusivo almeno al 50% entro il 2025, “ci sono sfide persistenti che devono essere affrontate”. E poiché si tratta di una responsabilità “condivisa”, l'Organizzazione chiama in causa famiglie, comunità, operatori sanitari, politici e altri decisori che “svolgono tutti un ruolo centrale”, nel portare avanti una serie di priorità:

- aumentare gli investimenti in programmi e politiche che proteggono e sostengono l'allattamento al seno attraverso budget nazionali dedicati;
- attuare e monitorare politiche sul posto di lavoro favorevoli alla famiglia, come il congedo di maternità retribuito, le pause per l'allattamento al seno e l'accesso a servizi di assistenza all'infanzia accessibili e di buona qualità;



- garantire che le madri a rischio in situazioni di emergenza o in comunità sottorappresentate ricevano protezione e sostegno per l'allattamento al seno in linea con le loro esigenze specifiche, inclusa una consulenza tempestiva ed efficace sull'allattamento al seno come parte della copertura sanitaria di routine;
- migliorare il monitoraggio dei programmi e delle politiche sull'allattamento al seno per informare e migliorare ulteriormente i tassi di allattamento al seno;
- sviluppare e far rispettare leggi che limitano la commercializzazione dei sostituti del latte materno, comprese le pratiche di marketing digitale, con monitoraggio per segnalare regolarmente le violazioni del Codice.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**STRETTA SULLA
PRODUZIONE**

Cannabis light taglio alle radici

Bellieni e Guerrieri a pagina 5



Cannabis light, stretta del governo

Passa l'emendamento che blocca e punisce la coltivazione e la vendita della sostanza anche se a basso contenuto di Thc. La maggioranza difende la misura: tuteliamo la salute. Opposizioni in trincea. Il voto del ddl-sicurezza slitta a settembre

ALESSIA GUERRIERI
 Roma

Alla fine tutto è rimandato a settembre sul ddl sicurezza. Nonostante ciò non si placano le polemiche per le novità che la seduta notturna in commissione Affari costituzionali e Giustizia della Camera ha portato, soprattutto in tema di equiparazione tra *cannabis light* e quella con Thc pari o superiore allo 0,2%. Un emendamento del governo, approvato dalla maggioranza, che vieta la coltivazione e la vendita delle infiorescenze con l'obiettivo di «evitare che l'assunzione di prodotti da infiorescenza della canapa possa favorire, attraverso alterazioni dello stato psicofisico del soggetto assuntore, comportamenti che mettano a rischio la sicurezza o l'incolumità pubblica o la sicurezza stradale». Un'approvazione che però lascia dietro di sé le proteste delle opposizioni nel merito e per i tempi serrati non dettati dall'urgenza, trattandosi di un disegno di legge e non di un decreto da convertire in 60 giorni. Da qui la decisione della capigruppo di Montecitorio di rinviare il dibattito in Aula a settembre, mentre la Commissione prima della pausa completerà il lavoro sugli emendamenti.

Sfuma quindi l'obiettivo della maggioranza di far approdare il testo in Aula prima delle ferie per poi riprendere dopo la pausa estiva l'esame del provvedimento con tempi contingenti al Senato. Un rinvio che soddisfa le forze di minoranza, che parlano di «ritorno alla ragionevolezza». Dopo le tensioni notturne nelle commissioni e le proteste in Aula ieri mattina, sarebbe intervenuta la *moral suasion* del presidente della Camera, Lorenzo Fontana. Da qui la decisione di rinviare tutto. Anche se le commissioni procederanno con le votazioni su articoli ed emendamenti, per licenziare il ddl entro la *deadline* dello stop dei lavori alla fine della prossima settimana. La riunione pomeridiana di ieri delle due commissioni ieri tuttavia è stata annullata e rinviata a inizio prossima settimana.

Nel dettaglio il governo propone di intervenire sulla legge a sostegno della filiera della canapa ad uso industriale, con quantità di Thc inferiore allo 0,2%, vietandone vendita e commercializzazione, attività che vengono punite con le norme del Testo Unico sulle Sostanze Stupefacenti, parificando di fatto la *cannabis light* a quella *non light*. Un intervento che va nella linea già tracciata dal decreto del ministero della Salute che aveva inserito le «composizioni per uso orale di cannabidiolo» tra le sostanze stu-

pefacenti. Il decreto è arrivato a inizio luglio dopo la sospensiva del Tar Lazio del 5 ottobre 2023. Durante il dibattito notturno a Montecitorio, invece, è stata ritirata la proposta della Lega che voleva vietare l'immagine della canapa per fini pubblicitari.

Il governo difende la posizione - che dovrà comunque passare, dopo la pausa estiva, per l'Aula della Camera e quella del Senato -, con la necessità di tutelare la salute. «Giuste le norme per stroncare il mercato della cosiddetta *cannabis light* - dice il presidente dei senatori di Forza Italia Maurizio Gasparri -. Chi si oppone difende attività ambigue e pericolose. Spesso abbiamo visto che dietro questo commercio si celano ben altre attività. Va stroncata ogni forma di incoraggiamento all'uso e alla propaganda delle droghe», dice Gasparri.

Le opposizioni sono sulle barricate, soprattutto per i posti di la-



voro del settore - circa 11 mila persone - ora a rischio. «Dal governo c'è una spinta repressiva e punitiva immotivata. È drammatico, con questo emendamento il governo vuole definitivamente tagliare le gambe a migliaia di operatori del settore - dice il segretario di +Europa Riccardo Magi. - È un intervento pesante e sbagliato che avrà delle conseguenze drammatiche». Il Pd, inoltre, considera l'intervento sulla *cannabis light* solo «propaganda» e la capogruppo dem a Montecitorio Chiara Braga non nasconde i «momenti di forte tensione anche a fronte di intimidazioni e minacce contro di noi». In più M5s definisce l'emendamento del governo «un inaccettabile e duro colpo alla tenuta di migliaia di aziende agricole». Una destra, gli fa

eco il deputato dell'Alleanza Verdi e Sinistra, «accecata dal suo furore ideologico che colpisce migliaia di aziende».

Tra le novità c'è anche il via libera alle *bodycam* per le forze di polizia impegnate nel mantenimento dell'ordine pubblico, anche se non come dotazione obbligatoria. Per questo vengono stanziati in tutto 23,4 milioni in tre anni. Niente però numeri identificativi sulle divise degli agenti. L'emendamento approvato, su riformulazione del governo, dispone che «le forze di polizia impiegate nei servizi di mantenimento dell'ordine pubblico, di controllo del territorio, di vigilanza di siti sensibili, in ambito ferroviario e a bordo treno possono essere dotate di dispositivi di videosorveglianza indossabili idonei a registrare l'attività

operativa e il suo svolgimento». L'introduzione delle *bodycam*, dice il ministro dell'Interno Matteo Piantedosi, rappresenta «un doveroso riconoscimento a tutti coloro che ogni giorno, con dedizione e spirito di sacrificio, sono impegnati per garantire legalità e sicurezza ai nostri cittadini. Grazie a questo strumento renderemo ancora più efficace la tutela delle donne e degli uomini in divisa che per assicurare i nostri diritti sono quotidianamente esposti ad aggressioni, minacce e violenze». Una dotazione tecnologica, prosegue, «richiesta dagli stessi poliziotti anche a garanzia della totale trasparenza del loro operato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO SCONTRO

Alla Camera infuocata seduta notturna della commissione Affari costituzionali. Poi l'intesa per spostare l'esame finale in Aula dopo la pausa estiva

Dibattito sulle droghe

L'intervento dell'esecutivo segue il decreto del ministero della Salute che ha inserito gli estratti da cannabis nella tabella delle sostanze stupefacenti. Via libera anche alle *bodycam* per i poliziotti. Piantedosi: «Garantisce gli agenti»



Si è riaperto il dibattito sulla cannabis dopo la seduta notturna in commissione Affari costituzionali della Camera dei deputati



REGOLE RESTRITTIVE SERVONO A FRENARE LA DIFFUSIONE DEI CANNABINOIDI, CHE HANNO EFFETTI NOCIVI.

Normalizzare Cbd e Thc favorisce il consumo di sostanze

Aspettiamo di vedere le motivazioni tecnico-scientifiche che hanno portato a includere la cosiddetta cannabis light nel novero delle droghe. Nel corso dell'esame degli emendamenti al ddl Sicurezza nelle commissioni Affari Costituzionali e Giustizia della Camera, tra le diverse proposte di modifica è stata approvata quella che, di fatto, equipara la cannabis light a quella illegale. È bene parlare con i dati alla mano e li considereremo appena disponibili; per ora ci limitiamo a fare alcune osservazioni. La prima viene da un interessantissimo articolo uscito il 26 luglio sulla rivista "Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics", in cui si fa il punto sui cannabinoidi spiegando la differenza tra i due principi attivi, il tetraidrocannabinolo (Thc) e il cannabidiolo (Cbd), entrambi presenti nella cannabis light, pur a dosi da non superare. In realtà l'articolo spiega che occorre sempre prudenza: «C'è spazio per effetti dell'esposizione al Cbd durante le finestre critiche di sviluppo del cervello», mentre l'uso della marijuana è aumentato progressivamente con la sua disponibilità. Ma ancora più interessante è quanto riporta la rivista "Forensic Sciences International" proprio sulla situazione italiana: «I preparati di cannabis light sono prodotti derivati o contenenti infiorescenze femminili essiccate di Cannabis sativa; il contenuto totale di Thc nel raccolto non deve superare lo 0,2% secondo la normativa Ue. D'altro canto, il Ministero dell'Interno ha pubblicato una nota in cui afferma che la vendita o la presenza nei mercati di prodotti (infiorescenze, concentrati, essenze e resine) o piante con concentrazioni superiori allo 0,5% costituisce reato». Il Ministero - viene riferito - ha analizzato oltre 900 campioni di cannabis light: «In base alla legge 242/2016, solo il 18%

delle colture è da considerarsi legale per il mercato (Thc totale <0,2%). Se la circolare del Ministero dell'Interno dovesse essere convertita in legge vera e propria, una quantità consistente di preparati di cannabis light (24%) sarebbe considerata illegale (Thc totale >0,5%). D'altro canto, la maggior parte delle infiorescenze (58%) ha un contenuto di Thc totale compreso tra lo 0,2% e lo 0,5%, e non è chiaro se questi prodotti possano essere venduti o meno». A questo punto ci domandiamo quale sia un ragionamento che concili la libertà di mercato e la prudenza per la salute. E quanto questo abbia influito sul legislatore.

Guardiamo allora, per farci un'idea completa, al palcoscenico su cui si discute di droga: vip e personaggi pubblici ammiccanti sulla marijuana (come tanti ammiccano sul tabacco o sull'alcol, facendo malissimo), col rischio di banalizzazione del prodotto; pagine di giornali per decantare i biscotti alla marijuana o le virtù dei cestini di corda di cannabis: un bene per il mercato di quel settore, ma col messaggio che la marijuana è un prodotto come un altro. In questo vale anche la mancanza di prudenza nel parlare di uso terapeutico della cannabis, per ora auspicabile e verificato solo in rari sintomi, ma che se decantato porta all'equazione che la cannabis faccia bene tout court. Tutto fa pensare che si debba trovare un equilibrio tra l'esagerazione dei benefici e la messa al bando. Ma quando si rischia sul versante della salute occorre sempre molta prudenza. Certo, qualcuno diceva che chi vieta vede solo i rischi e chi promuove vede solo il divertimento. Allora non si nasconda nessuno dietro a un dito: chi si scaglia contro la cannabis ma non fa lo stesso contro le altre sostanze tossiche rischia di essere ipocrita. Penso agli spot sulla birra o alle immagini di fumo di tabacco nei

film, o ai programmi televisivi basati sul gioco di scommessa aleatorio in prima serata, che non mandano in rovina nessuno (a differenza delle bische clandestine o di certe slot machine) ma sono un segnale che la scommessa è tollerata e avallata. Ma in fondo, vogliamo dirla tutta? Nell'abuso si ricerca quella rassicurazione o quel brivido in particolari centri cerebrali di cui forse non si è goduto sin da piccoli. Una società che educa i bambini (rari) e i ragazzi soli e annoiati li sta facendo crescere bisognosi di sensazioni forti per sentirsi bene. Non è banale allora l'invito a coccolare i bambini, a farli stare bene, dando sensazioni positive e luoghi di incontro sociali a ogni età, per non essere conniventi con un mondo che fa vivere ognuno in isolamento: il problema dipendenza avrà una prima risposta, forse più forte del proibizionismo o della liberalizzazione.

**Docente di Pediatria Università di Siena
Membro Comitato Bioetica
Regione Toscana**

CARLO BELLINI
 RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervista

“Lotta al fumo, all'alcol, ai tumori la Sanità riparta dalla prevenzione”

Il farmacologo Silvio Garattini: “È vero che al sistema pubblico servono più soldi
Ma c'è anche molto margine di risparmio”

di Michele Bocci

Silvio Garattini ha fondato il Mario Negri di Milano ormai 61 anni fa e resta un punto di riferimento per la farmacologia italiana e in generale per tutta la sanità.

Il sistema sanitario ha bisogno di maggiori risorse. Significa che i margini per risparmiare sono finiti?

«Al servizio sanitario pubblico certo servirebbero più soldi, ad esempio per alzare gli stipendi a medici e infermieri, sottopagati rispetto alla media europea. Ma abbiamo ancora tante spese eccessive. In Italia ci sono ben 4 milioni di malati di diabete di tipo 2, una malattia evitabile che dà molti tipi di complicazioni. Il 40% dei tumori è evitabile ma nel nostro Paese ogni anno muoiono di cancro 180 mila persone. Dobbiamo fare prevenzione».

Quella che si fa non basta?

«No, c'è bisogno di una rivoluzione culturale, perché ci siamo dimenticati che non tutte le malattie piovono da cielo. Abbiamo sviluppato un sistema che si è concentrato tutto sulle cure, delle quali c'è un grande mercato, che vuole crescere come tutti i mercati. E invece dobbiamo combatterlo, intanto riducendo il numero delle diagnosi evitabili».

Su cosa interverrebbe?

«Ci sono 12 milioni di fumatori nel nostro Paese, in una condizione di rischio per ben 27 malattie. L'alcol, inoltre, è cancerogeno ma non facciamo niente per ridurne il consumo. Lo Stato, del resto, incassa soldi dalla vendita di questi prodotti. Ma se avesse meno entrate di questo

tipo, allo stesso tempo spenderebbe molto meno per curare le malattie. Dovrebbe aumentare il prezzo delle sigarette. In Italia un pacchetto costa 5 euro, in Francia 14, in Inghilterra 10 sterline. Lo Stato però ha paura di adottare certe decisioni».

Basterebbe intervenire sui prezzi?

«No, dobbiamo anche formare i dirigenti sanitari, ma purtroppo non abbiamo una scuola superiore di sanità. Se queste figure, oggi scelte dalla politica, fossero preparate, avrebbero una cultura della prevenzione. Neanche i medici di medicina generale lavorano sulla prevenzione, ma dovrebbero essere giudicati sulla loro capacità di farla. Ad esempio, se un dottore su 1.500 assistiti ha duecento fumatori e cento obesi, bisogna valutare se, dopo un certo periodo, è riuscito a migliorare questi numeri. E poi nessuno insegna la salute a scuola. Ci vorrebbe un'ora alla settimana dalle elementari dedicata ai temi degli stili di vita corretti e della prevenzione».

La spesa farmaceutica continua a salire ogni anno. Come mai?

«Nel settore dei farmaci ci sono grandi margini di risparmio. L'ultima revisione del prontuario terapeutico, l'elenco dei medicinali rimborsati dal sistema sanitario, è stata fatta nel 1993. Se eliminassimo i doppianti, si potrebbero trattare prezzi di gara migliori. E il risparmio varrebbe miliardi. Invece abbiamo 7 statine, usate contro il colesterolo, e 70 farmaci per il diabete diversi, tra l'altro senza sapere se uno è meglio dell'altro perché non si fanno studi comparativi. Certo, se si riducono i farmaci autorizzati c'è il ricatto occupazionale dell'industria e i politici cedono. Ma noi dobbiamo dire se il servizio sanitario nazionale è fatto per dare lavoro o per

occuparsi dei malati».

È molto alta anche la spesa “out of pocket”, cioè privata. Come ridurla?

«Siamo immersi nella pubblicità, spendiamo cinque miliardi all'anno in integratori alimentari. Sono prodotti che fanno bene a chi li vende, non c'è prova che funzionino. Invece sono presentati come medicinali, che risolvono problemi, dall'invecchiamento ai dolori al ginocchio o alla pancia. Ancora oggi, la gente spende 300 milioni all'anno per i farmaci omeopatici, che non contengono nulla. Poi ci sono i farmaci da banco, in libera vendita».

Serve intervenire sulle farmacie?

«Il loro ruolo è un grande problema. Da un lato sono considerate fonti di educazione sanitaria, dove si fanno anche controlli. Il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato vorrebbe che tutto passasse dalla farmacia ma i farmacisti devono decidere se fare gli educatori o i mercanti. Perché vendono di tutto, contro ogni ricerca scientifica: pure estratti, prodotti alimentari e di bellezza. Come fai a fare educazione in quei posti lì?».

Come si aiutano i consumatori?

«Dando informazioni corrette. Un altro problema riguarda proprio l'informazione, che viene sempre fatta da chi vende. Non solo ai consumatori, attraverso la pubblicità, ma anche ai medici. Chi paga i corsi di formazione per i professionisti, chi sostiene le associazioni di pazienti e le società scientifiche dando indirizzi su cosa fare? L'industria. Così non si può sperare di avere informazioni indipendenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cuore e morti improvvise Presto un test del sangue diagnosticherà chi è a rischio

La scoperta del San Donato sulla sindrome di Brugada

di **Maria Giovanna Faiella**

Ogni anno 20 milioni di persone nel mondo (50 mila in Italia) perdono la vita per «morte improvvisa» e si stima che almeno nel 25% dei casi la causa sia la sindrome di Brugada, malattia genetica che colpisce il cuore. Ora, per la prima volta al mondo, una ricerca italiana dell'IRCCS Policlinico San Donato di Milano, appena pubblicato sull'*European Heart Journal*, apre nuove frontiere per la prevenzione della morte improvvisa di pazienti colpiti dalla malattia ma che spesso non sanno di soffrirne.

Gli autori dello studio hanno individuato la presenza di autoanticorpi nel sangue dei pazienti con la Sindrome che, prodotti inopportuno-

bloccano il funzionamento di canali responsabili di funzioni vitali per le cellule, in particolare per il ritmo cardiaco. La patologia, finora ritenuta solo genetica, ha quindi anche una base autoimmune. Grazie alla scoperta del gruppo di ricerca clinica e molecolare del San Donato — guidato da Carlo Pappone, responsabile Aritmologia Clinica e Laboratorio Elettrofisiologia e ordinario di Cardiologia all'Università Vita-Salute S. Raffaele, e da Luigi Anastasia, ordinario di Biochimica all'Università Vita-Salute S. Raffaele —, sarà possibile sviluppare un semplice test per la diagnosi precoce.

«Spesso nella sindrome di Brugada la morte arriva prima che sia fatta la diagnosi e sen-

za che i pazienti manifestino sintomi premonitori — premette Pappone —. Abbiamo scoperto nuovi meccanismi responsabili di aritmie pericolose per la vita o addirittura di aritmie mortali nei pazienti con sindrome di Brugada, ovvero la presenza di autoanticorpi nel sangue (immunoglobuline) che decidono di “combattere” l'organismo e individuare dei bersagli come “nemici”, anche se non sono tali. Questi autoanticorpi sono generati dalle cellule del sistema immunitario e bloccano i canali del sodio, il quale non entra più nelle cellule, che così perdono l'integrità elettrica, si destabilizzano e possono generare delle malattie mortali». Perché è importante la scoperta? «In un

prossimo futuro — risponde l'esperto — potremmo individuare chi soffre della Sindrome con un semplice prelievo ematico e, soprattutto, prevenire la morte di milioni di persone. Non escludiamo che la nostra scoperta possa avere un significato “trasversale” per altre malattie, quindi interrompere quel ciclo potenzialmente letale non solo nella sindrome di Brugada ma anche in patologie autoimmuni o oncologiche, dove già sono stati riscontrati questi autoanticorpi».

50
Mila
Le persone che ogni anno, in Italia, muoiono di «morte improvvisa»: in almeno il 25% dei casi, si stima, la causa è la sindrome di Brugada



L'intervista **Giuseppe Novelli**

«Il cromosoma non è decisivo Nello sport servono regole chiare»

«**L**e analisi cromosomiche non bastano», taglia corto Giuseppe Novelli, direttore di genetica medica del Policlinico Tor Vergata di Roma. Ecco perché nelle competizioni sportive «serve una commissione internazionale che stabilisca linee guida con regole precise, per tutti i casi di differenze nello sviluppo sessuale». **È corretto che Imane Kheli competi con le donne?**

«La caratterizzazione dei cromosomi di tipo XY, che corrisponde ad una costituzione cromosomica maschile, non è sufficiente per definire se si diventa maschi o femmine. Ci sono molti geni e molte situazioni che noi chiamiamo differenze nello sviluppo sessuale (dsd)».

Di che si tratta?

«Sappiamo che nella costituzione cromosomica in utero con il cariotipo XY si dovrebbe andare verso lo sviluppo maschile, se invece la Y manca, quindi abbiamo XX, si va verso quello femminile. Ma non sempre funziona così. Il processo è molto complicato: conosciamo almeno 40 condizioni differenti in cui ci sono geni diversi che si associano a queste differenze dello sviluppo sessuale».

Sono condizioni rare?

«Ne nasce uno su 5-6mila. Le Dsd indicano un aspetto che è femminile anche se c'è un cromosoma maschile. E viceversa, possiamo avere un aspetto maschile in una condizione cromosomica femminile».

Come si scoprono?

«Spesso casualmente in utero, altre volte alla pubertà, oppure in situazioni di sterilità».

Come si fa per stabilire la condizione sessuale?

«L'analisi del cromosoma andava di moda negli anni '60, quando gli atleti dovevano sottoporsi alla cosiddetta cromatina sessuale: si prelevava qualche cellula della pelle e si vedeva se c'era Y o meno. Ma ormai le conoscenze sono molto avanzate. Oggi sappiamo che le condizioni sono tante e diverse, e che ci sono combinazioni di geni e di ormoni diversi, e vanno studiate e approfondite molto bene».

Eppure, nelle competizioni non sembra tutto così chiaro.

«La genetica è complessa e complicata. Molti dibattiti nascono dalla poca conoscenza scientifica: bisognerebbe approfondire questi casi, studiarli bene. Per questo serve una commissione internazionale che stabilisca linee guida uguali per tutti, con regole precise per tutti i casi di dsd. Molte situazioni non vengano neanche analizzate».

Ma chi ha una dsd può risultare più forte?

«Questo è un dato relativo. Un atleta finlandese, che ha vinto 5-6 medaglie d'oro nello sci di fondo, aveva una resistenza incredibile dovuta ad una mutazione di un gene che porta ad avere buona produzione di globuli rossi, quindi molto ossigeno. Era molto più

resistente e questo era un vantaggio».

I geni di ciascun atleta possono fare dunque la differenza?

«In alcuni sport in cui è importante la resistenza, per esempio nella maratona, gli etiopi vincono sempre. Va tenuto presente che esistono varie differenze che vanno studiate e valutate attraverso l'allenamento. Spesso il vantaggio dipende dal fatto che si sono allenati bene. Nel caso dell'atleta algerina, non parliamo però di un maschio che gareggia con le femmine».

E la prestanza fisica può dipendere dai cromosomi?

«Non c'entra niente. Come è noto, le persone con cromosomi normali possono essere più piccole e più grandi. Quindi anche chi ha i cromosomi XY può essere non di grande statura».

Viste le polemiche, il mondo sportivo è rimasto indietro?

«Ormai abbiamo conoscenze scientifiche molto approfondite. E lo sport dovrà adattarsi, stabilendo regole chiare, prima di escludere un atleta dalla competizione».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL DIRETTORE DI GENETICA MEDICA A TOR VERGATA: LE DIFFERENZE SESSUALI VANNO STUDIATE CASO PER CASO



Giuseppe Novelli



OCCORRE CHE UNA COMMISSIONE INTERNAZIONALE SI OCCUPI DI FORNIRE DELLE LINEE GUIDA UGUALI PER TUTTI



IN UNA PROTEINA IL SEGRETO DELLA LONGEVITÀ

MARCO CATTANEO

La ricerca di un elisir di lunga vita è un patrimonio comune a molte culture dalla notte dei tempi. Negli ultimi decenni, la ricerca ha puntato l'attenzione sullo stile alimentare, dimostrando con una mole di studi che una dieta ipocalorica può favorire la longevità.

Ma la dieta, unita all'attività fisica, non è certo l'unico fattore a influenzare la durata della vita. A metà luglio, un team di scienziati ha pubblicato su *Nature* i risultati di una ricerca che ha individuato in una proteina che promuove i processi infiammatori – l'interleuchina 11, o IL-11 – la potenziale chiave per una vita più lunga e più sana. La scoperta è avvenuta quasi per caso. Anissa Widjaja, biologa molecolare della Duke-National University of Singapore Medical School, stava testando sui topi, gli stessi animali su cui si è studiata la restrizione calorica, un metodo per rilevare l'IL-11. E ha scoperto che i livelli della proteina erano costan-

temente più alti nei topi anziani che in quelli più giovani, in particolare nel tessuto muscolo-scheletrico, nel grasso e nel tessuto epatico. Così il team ha provato a eliminare il gene che codifica per la IL-11, riscontrando che i topi privati del gene godevano di miglior salute e vivevano il 25 per cento più a lungo rispetto ai topi con livelli normali di IL-11. Già si sapeva che l'infiammazione cronica contribuisce alle malattie associate all'invecchiamento, e sono in fase di sperimentazione farmaci e anticorpi contro il cancro e la fibrosi che hanno l'IL-11 come bersaglio, ma questa scoperta apre la strada a nuovi studi sul ruolo del sistema immunitario nell'invecchiamento, anche se una sperimentazione sull'uomo sarebbe complicata per diverse ragioni, dalla durata alla difficoltà di interpretare risultati influenzati da troppi fattori. Ma limitarsi a condizioni specifiche legate all'invecchiamento, come la perdita di massa muscolare, potrebbe già dare risposte decisive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anissa Widjaja,
biologa molecolare
della Duke-National
University of
Singapore Medical



È giunto il momento di una bella pulizia cerebrale

NEL CERVELLO ci sono circa 170 miliardi di cellule che lavorano senza sosta bruciando energia e producendo rifiuti, prodotti di scarto del metabolismo che devono essere eliminati. Tre studi recentemente pubblicati su *Nature* spiegano i meccanismi di questa pulizia cerebrale aprendo alla possibilità di sviluppare nuove cure per le malattie dovute proprio al cattivo funzionamento del sistema di *brainwashing*, che causa l'accumulo di proteine disfunzionali nel cervello. Gli studi però sono stati condotti sui topi,

bisognerà confermare i risultati negli esseri umani. Nel primo, un team coordinato dall'immunologo Jonathan Kipnis della Washington University a St. Louis ha dimostrato che nel sonno l'attività dei neuroni si sincronizza generando onde ritmiche che pompano il liquido cerebrospinale con i rifiuti da eliminare verso la superficie cerebrale. Lo ha confermato il secondo studio, a firma della neuroscienziata Li-Huei Tsai del MIT e colleghi. Qui gli scienziati hanno "bombardato" topi con

demenza con impulsi regolari di luci e suoni per stimolare il cervello a generare onde di bassa frequenza. Anche in questo caso si è visto che le onde spingevano il liquido attraverso il cervello: fuori quello sporco ("ingolfato" da amiloidi, fibre di proteine disfunzionali), dentro quello pulito. Ma come escono i rifiuti? Per proteggersi da patogeni e tossine, infatti, il cervello ha una serie di barriere che ostacolano l'ingresso ma anche l'uscita delle sostanze. La risposta dal terzo studio, ancora coordinato da Kipnis.

Il cervello è circondato da membrane protettive o meningi attraversate da vene. Attorno a queste vene, hanno scoperto i ricercatori, le cellule delle meningi non aderiscono bene e si formano dei "buchi" da cui fuoriescono le sostanze che vengono poi smaltite dal sistema linfatico.

(Martina Saporiti)



GETTY IMAGES

+

Il cervello umano contiene circa **170 miliardi** di cellule



ANTIVIRALI E ANTIASMATICI NUOVE POSSIBILI SOLUZIONI ALLO STUDIO CONTRO LA SLA

In alcuni modelli preclinici, il montelukast (terapia di mantenimento dell'asma e della rinite allergica) ha mostrato un effetto sulla neuroinfiammazione e sugli oligodendrociti mielinizzanti. Fari puntati anche sul possibile ruolo del retrovirus endogeno Herv-K, la cui soppressione è già oggetto di uno studio clinico

Cristina Tognaccini
AboutPharma
ctognaccini@aboutpharma.com

Dal riposizionamento del farmaco anti-asmatico montelukast all'inibizione del retrovirus endogeno Herv-K. Sono alcune delle ricerche di frontiera che ambiscono a cercare una cura per la sclerosi laterale amiotrofica (Sla), la forma più diffusa di malattia neurodegenerativa che colpisce i motoneuroni, le cellule nervose localizzate nella corteccia cerebrale e nel midollo spinale che controllano i muscoli e il movimento. Le persone colpite da Sla – in prevalenza uomini – perdono gradualmente la capacità di muoversi, parlare, deglutire e respirare e la sopravvivenza media è di 3-5 anni dall'esordio dei primi sintomi. È considerata una proteinopatia (come altre malattie neurodegenerative), caratterizzata cioè da un ripiegamento e un'aggregazione anormali di proteine, in questo caso della Tar-Dna binding 43 (Tdp-43), che generalmente si trova nel nucleo cellulare, ma nel 97 per cento dei pazienti affetti da Sla è aggregata nel citoplasma delle cellule cerebrali motorie (mal ripiegato, ubiquitinato e fosforilato). Da qui la causa della morte dei motoneuroni. La mancata eliminazione della Tdp-43 sembra essere un meccanismo primario della malattia, ma i processi molecolari che portano al mal ripiegamento e alla mancata degradazione della proteina rimangono sconosciuti.

IL RUOLO DEL RETROVIRUS ENDOGENO HERV-K

Un'ipotesi – portata avanti da Avindra Nath e da Marta Garcia Montojo del National Institute of Health (Nih) di Bethesda negli Stati Uniti – è che la riattivazione del retrovirus endogeno Herv-K inibisca l'espressione della proteina asparaginasi-simile 1 (Asrgl1), un enzima che degrada Tdp-43, causando così l'accumulo della proteina nei neuroni. Spiega Leonardo Antonio Sechi, ordinario di microbiologia clinica all'Università di Sassari, che da anni studia il ruolo di Herv-K nella Sla: "I retrovirus

endogeni sono virus che milioni di anni fa si sono integrati nel genoma dei nostri progenitori e che sono stati riutilizzati dall'ospite per funzioni vitali. Per esempio grazie all'integrazione del retrovirus Herv-W che ha permesso la formazione dei trofoblasti e della placenta siamo diventati mammiferi. Oggi sappiamo che circa l'8% del nostro Dna è costituito da retrovirus che si sono inseriti all'interno del genoma in diversi punti. Molti di questi hanno subito mutazioni e delezioni e in alcuni casi vengono riattivati e presumibilmente hanno anche funzioni soprattutto durante le prime fasi di sviluppo delle cellule per poi venire silenziati attraverso meccanismi epigenetici (e.g. metilazione del Dna). Per esempio si pensa che l'espressione di alcuni Herv nelle prime fasi di differenziamento cellulare proteggano l'ospite da altri virus esogeni". Herv-K in particolare è uno degli ultimi virus che si è inserito nel genoma umano, ha oltre mille siti di inserzione e la sua riattivazione è stata riscontrata sia nelle persone con Sla sia con altre patologie. In un lavoro pubblicato lo scorso maggio su Nature Communications da Nath e altri ricercatori ("TDP-43 proteinopathy in ALS is triggered by loss of ASRGL1 and associated with HML-2 expression"), tra cui Sechi ed Elena Rita Simula (sempre dell'ateneo sardo), è stato dimostrato proprio che l'espressione del gene Asrgl1 che codifica per l'enzima Asparaginasi che degrada TDP-43, è ridotta nei campioni di cervello delle persone affetti da Sla e che il silenziamento del gene Asrgl1 porti all'accumulo nel citoplasma dei neuroni della Tdp-43 (osservato sia in cellule neuronali in coltura in vitro sia nella corteccia motoria di topi femmine), causando la morte neuronale. Al contrario, la sovraespressione del gene Asrgl1 ha ripristinato la vitalità neuronale. A causare lo spegnimento del gene che codifica per questa proteina "spazzino", come dimostrano gli autori, sarebbe proprio la



sovraespressione di un sottotipo del virus Herv-K detto Hml-2, che porta al silenziamento di Asrgl1. "In questo lavoro – continua Sechi – dimostriamo che Herv-K è estremamente attivo nel cervello ed è inserito in un introne del gene Asrgl1 in direzione antisenso. È stato dimostrato che l'espressione di Herv-K inibisce la traduzione di Asrgl1 nella proteina asparaginasi, che non può più degradare i residui di isoaspartato rendendo indigeribile la Tdp43 che si accumula nel citoplasma portando a morte i neuroni motori.

PUNTI INTERROGATIVI

Il perché questo retrovirus endogeno si riattivi non è ancora chiaro. Un meccanismo simile è stato riscontrato anche per la sclerosi multipla, alla base della quale è ormai dimostrato il coinvolgimento del virus di Epstein Barr (Ebv). Come spiega Sechi, in questo caso l'Ebv sembra riattivare un altro retrovirus endogeno: l'Herv-W. "Nel caso della Sla – continua – ancora non si conoscono i meccanismi alla base della riattivazione di Herv-K. Però va considerato che tutti gli stati infiammatori o infettivi o di deterioramento della cellula virus possano favorirla. Quindi in tutti quegli stati in cui viene alterata la fisiologia cellulare c'è la probabilità che questi virus possano riattivarsi". La conseguenza – come hanno dimostrato i ricercatori – è che Herv-K potrebbe essere presente e attivo, ma non innescare per forza la Sla o essere associato ad altre malattie. Precisa l'esperto: "Ci sono ancora dei punti che vanno chiariti. La riattivazione di Herv-K è stata associata anche a diversi tipi come la prostata quindi bisogna caratterizzare bene tutti i pazienti e capire il meccanismo di induzione dei retrovirus e il ruolo che questo può avere nelle diverse malattie".

POSSIBILI APPROCCI TERAPEUTICI

I ricercatori dell'Nih guidati da Nath sono andati oltre e hanno appena chiuso il reclutamento di uno studio clinico che intende testare alcuni inibitori dei retrovirus, come i farmaci usati contro l'Hiv che si sono già dimostrati efficaci. Sechi: "Studiando i pazienti Hiv positivi anche in uno stato di malattia avanzato, il professor Nath aveva notato che chi aveva sviluppato demenze miglioravano notevolmente con l'utilizzo degli antiretrovirali. Da qua si è poi visto che questi farmaci hanno un'azione anche sui retrovirus endogeni, per cui questa può essere una possibilità di trattamento già in fase di sperimentazione". Al momento, come precisa il ricercatore, il progetto è ancora in corso. Si sta lavorando alla stratificazione dei pazienti in base al decorso

più o meno favorevole della malattia e anche all'espressione dei retrovirus. Un'altra possibilità al vaglio riguarda l'utilizzo di anticorpi monoclonali contro l'envelope (l'involucro esterno o pericapside che ha un ruolo patogenico) dei virus endogeni, che potrebbero avere un'azione terapeutica per le persone con Sla. "Dai nostri studi, confermati anche a Washington dal professor Nath, abbiamo visto che quando il virus si riattiva esprime sulla sua superficie proteine contro cui di conseguenza il corpo umano sviluppa un'immunità naturale producendo autoanticorpi diretti verso l'envelope del virus stesso", riferisce Sechi. "Abbiamo notato che nelle persone affette da Sla in cui vi è un alto titolo di anticorpi anti Herv-K la malattia ha un decorso più lento. Significa che gli anticorpi diretti contro Herv-K potrebbero indurre anche un rallentamento del decorso della Sla". La presenza di tali anticorpi è stata dimostrata da Sechi e collaboratori in diversi lavori – pubblicati nel 2018 sull'European journal of neurology ("Humoral immunity response to human endogenous retroviruses K/W differentiates between amyotrophic lateral sclerosis and other neurological diseases"), nel 2021 su Microorganisms ("HERV-K modulates the immune response in als patients") e Viruses ("TDP-43 and HERV-K envelope-specific immunogenic epitopes are recognized in als patients") e nel 2022 su Annals of neurology ("Antibody response to hml-2 may be protective in amyotrophic lateral sclerosis") – e potrebbe essere usata come un biomarcatore per distinguere chi avrà una progressione più o meno rapida. Un riferimento utile, come già accennato, per identificare i pazienti che potrebbero beneficiare di una possibile terapia per far progredire più lentamente o bloccare il decorso della Sla. Un processo però che, come conferma Sechi, è ancora in fase sperimentale e da finalizzare.

IL REPURPOSING DEI FARMACI ANTIASMATICI

La Sla è però una malattia caratterizzata da diversi fattori. Oltre all'accumulo della Tdp-43 per esempio, un altro elemento che sembra contribuire alla degenerazione dei motoneuroni è la disfunzione precoce delle cellule gliali, le cellule non neuronali del sistema nervoso, fondamentali per il corretto funzionamento dei neuroni. Tra queste gli oligodendrociti, che avvolgono e proteggono i processi neuronali con la guaina mielinica, e microglia



e astrociti, che regolano finemente l'attività e la plasticità neuronale. Marta Fumagalli, professoressa associata di farmacologia dell'Università degli studi di Milano e coordinatrice del progetto "GPR17ALS-1" finanziato dalla Fondazione italiana di ricerca per la Sla Ets (AriSLA), spiega che "nella malattia si osserva una perdita precoce di oligodendrociti mielinizzanti e un difetto nel differenziamento dei loro precursori, unitamente ad alterazioni di microglia e astrociti, che sostengono la neuroinfiammazione che accompagna la progressione della malattia. Contrastare le alterazioni a carico delle cellule gliali può quindi proteggere i motoneuroni dalla degenerazione e rallentare il decorso della patologia". Come? Per esempio modulando il recettore Gpr17, individuato tra il 2006 e il 2011 grazie a una serie di studi condotti dai ricercatori delle Università di Milano, Pisa, Torino e del Cnr, Gpr17. Nel 2020 il gruppo guidato da Maria Pia Abbracchio, responsabile del laboratorio di farmacologia cellulare e molecolare della trasmissione purinergica dell'ateneo meneghino modelli sperimentali in vitro di Sla, aveva anche descritto la capacità del montelukast - farmaco antiasmatico che ha come bersaglio proprio questo recettore - di ripristinare la corretta maturazione di precursori degli oligodendrociti agendo su Gpr17. Continua Fumagalli: "L'interesse verso questo farmaco derivava dal concomitante doppio effetto del montelukast su recettori coinvolti nell'infiammazione tipica di molte patologie neurodegenerative e sul recettore Gpr17. Abbiamo pensato che l'effetto antinfiammatorio unito a quello rigenerativo degli oligodendrociti maturi potesse essere utile anche nel contesto della Sla. Un'altra caratteristica che rende interessante montelukast è anche il suo profilo di sicurezza, dal momento che il medicinale è già ampiamente utilizzato nel trattamento dell'asma e della rinite allergica stagionale".

DIFFERENZA DI GENERE

Così, nell'ambito del progetto "GPR17ALS-1", Fumagalli, in collaborazione con Tiziana Bonifacio (ricercatrice del dipartimento di farmacia dell'Università di Genova) e altri colleghi, ha testato il farmaco in un modello murino con mutazione SOD1G93A che riproduce le principali manifestazioni cliniche della Sla. Il farmaco è stato somministrato a partire dall'insorgenza dei primi sintomi. I risultati, pubblicati sul *British journal of pharmacology* ("Montelukast improves disease outcome in SOD1G93A female mice by counteracting oligodendrocyte dysfunction and aberrant glial reactivity"), hanno mostrato che montelukast è in grado di indurre un mi-

glioramento significativo della sopravvivenza e delle funzioni motorie dei modelli murini di sesso femminile rispetto ai controlli, ma non nel sesso maschile. Portando di conseguenza a un rallentamento significativo della progressione della malattia e a un miglioramento delle abilità motorie. Aggiunge Fumagalli: "Di fatto abbiamo visto che il farmaco antiasmatico è in grado di ripristinare la maturazione degli oligodendrociti e nello stesso tempo di contrastare la risposta infiammatoria dannosa di microglia e astrociti indirizzandoli verso un profilo rigenerativo. Questo contribuirebbe a creare un microambiente più favorevole proprio a livello del midollo spinale dove ci sono i motoneuroni. Favorendo quindi i processi riparativi e preservandone l'integrità". La differenza vista nei due sessi è invece ancora da chiarire, ma secondo Fumagalli potrebbe essere attribuita anche al decorso differente che la Sla ha nelle donne e negli uomini. In questi ultimi infatti non solo la prevalenza è maggiore ma la malattia è anche più aggressiva. "Gli animali sono stati trattati nello stesso momento - chiarisce - ma i topi maschi rispetto alle femmine potevano trovarsi in uno stato di malattia più avanzato e quindi il farmaco potrebbe essere stato somministrato troppo tardi per vedere un beneficio proprio perché la Sla ha delle caratteristiche intrinseche di evoluzione diverse tra i due sessi. Questa potrebbe essere una possibilità ma non escludiamo anche fattori ormonali o genetici". Lo studio però è importante anche perché getta luce sul concetto di riposizionamento del montelukast, che come fa notare Fumagalli al momento è in studio anche per altre patologie neurodegenerative come la malattia di Alzheimer e il Parkinson, caratterizzate entrambe da neuroinfiammazione. "Alcuni studi clinici in fase 2 ne stanno valutando i potenziali effetti sul declino cognitivo o sui sintomi motori", aggiunge la ricercatrice. "Ci sono inoltre evidenze di laboratorio in modelli di ischemia cerebrale. Montelukast quindi sembra prestarsi molto bene per il riposizionamento in patologie caratterizzate da neuro infiammazione".

VERSO ORGANOIDI E STUDI CLINICI

Come tiene a precisare anche Fumagalli, le ricerche per ora si sono svolte solo a un livello preclini-



co e in un contesto piuttosto specifico che è quello della mutazione SOD1G93A. Una delle oltre trenta mutazioni associate alla Sla familiare che riguarda però solo il dieci per cento dei casi. Mentre la restante parte comprende perlopiù forme sporadiche, apparentemente non legate a un motivo particolare e senza alcun legame familiare noto. Il passo successivo quindi sarà avvicinarsi ai test clinici utilizzando modelli sperimentali umani di Sla, come gli organoidi, modelli cellulari tridimensionali che consentono di accumulare più dati. "Questi modelli anche generati da cellule staminali pluripotenti indotte (iPsc) di singoli individui permettono di andare verso una medicina di precisione ed esplorare meglio questi meccanismi di variabilità

individuale della malattia e anche di risposta al farmaco, tenendo conto delle differenze di sesso", puntualizza l'esperta. Un passo obbligato prima di approdare a uno studio clinico, nonostante la sicurezza già dimostrata di montelukast perché i punti da chiarire sono ancora diversi: dal dosaggio, al meccanismo d'azione, fino alla differenza di genere già ricordata e l'efficacia ancora da dimostrare del farmaco anche in forme diverse di Sla. ■



COMITATI ETICI TERRITORIALI LO STATO ATTUALE È ANCORA TRA LUCI E OMBRE

Publicato il primo rapporto del Centro di coordinamento nazionale a seguito della riorganizzazione disposta dal ministero della Salute. Diverse le criticità ancora presenti, che testimoniano come molte Regioni siano arrivate impreparate a un appuntamento previsto dal 2018

A un anno dalla pubblicazione dei decreti attuativi che hanno individuato i quaranta comitati etici territoriali (Cet), definendone i criteri per la composizione ed il funzionamento, il Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici (Ccnce) ha pubblicato un rapporto mirato a presentare caratteristiche e criticità del nuovo assetto. Il rapporto, reperibile sulla pagina del Ccnce, è stato stilato a partire da una analisi delle fonti ufficiali (delibere e determinazioni dirigenziali delle diverse Regioni e dati forniti dall'Aifa e dal ministero della Salute) e dei dati raccolti median-

te una apposita survey distribuita ai comitati etici all'inizio dell'anno e completata da 37 di essi.

LE CRITICITÀ EMERSE DAL RAPPORTO

Un primo dato interessante riguarda l'effettiva operatività dei neonati comitati. Nonostante ormai il Regolamento Europeo 536/2014 sia l'unica norma comunitaria applicabile in tema di sperimentazioni cliniche, due comitati (Puglia e Valle d'Aosta) non risultano ancora aver attivato lo strumento considerato obbligatorio per la valutazione: il Clinical trials information system (Ctis). Sono tre (ancora Valle d'Aosta, insieme a Basilicata e Molise), inoltre, i comitati non operativi nell'Osservatorio nazionale della sperimentazione clinica, strumento comunque ancora necessario (almeno fino all'inizio del 2025) per gestire tutti quegli studi condotti in accordo alla Direttiva 2001/20/CE. Criticità che il Ccnce classifica come di medio (per quanto concerne Ctis) o basso (Osservatorio) livello, ma che tuttavia sottolineano quanto, nonostante la lunga attesa (la legge che prevedeva la costituzione dei quaranta comitati territoriali risale a gennaio 2018), molte Regioni siano arrivate impreparate. Un gioco di forza tra Regioni che reclamavano un numero di comitati maggiore rispetto a quanto inizialmente definito (secondo criteri già stabiliti

dalla norma) dal ministero della Salute.

ANCORA POCA ATTENZIONE AI CONFLITTI DI INTERESSE

Per quanto riguarda la composizione, in generale vengono rispettati i criteri di numerosità dei componenti (massimo venti). Piuttosto gravi sono invece le violazioni alla norma rispetto alle 18 figure professionali richieste. Sei comitati, per esempio, non hanno al proprio interno un pediatra e/o un esperto in genetica. Mentre l'esperto in materia assicurativa e il medico legale non sono presenti in tre dei gruppi di lavoro. Carenze sono emerse anche rispetto all'area delle professioni sanitarie (rappresentanti assenti in due comitati etici), all'ingegnere fisico/fisico medico (manca in un comitato) e, all'esperto in nutrizione (anch'esso assente in un comitato) e al medico legale, che risulta assente in ben tre comitati. Ancora, in diversi casi uno stesso membro ricopre più qualifiche e, aspetto più preoccupante dal momento che la norma lo vieta categoricamente, in alcuni comitati sono presenti rappresentanti della struttura sanitaria ospitante. Peraltro, si tratta di figure reclutate con modalità e criteri di inclusione ed esclusione molto difforni tra le varie Regioni. Basti pensare che soltanto 12 di queste hanno deciso di reclutare attraverso un bando pubblico, e che solo in tre casi tale bando riportava dei criteri specifici per singole figure dei componenti; solo tre Regioni, inoltre, hanno effettuato una valutazione davvero analitica dei potenziali conflitti di interessi dei componenti, sottoponendo loro uno specifico modulo per la dichiarazione pubblica di interessi. Ma come è stata effettuata la scelta in caso di molteplici candidati per una stessa figura? Sarebbe interessante saperlo, tuttavia solo un bando riporta i criteri espliciti di valutazione con punteggio.



SE I CONTI NON TORNANO

Come non sottolineare, inoltre, che tra le figure minime non è stato previsto un esperto in materia di privacy? Eppure si tratta di un tema complesso e caldo, soprattutto stante la scelta del legislatore italiano di pubblicare una norma nazionale (il decreto legislativo 101/2018) che restringe molto le maglie del Gdpr, creando al contempo numerose aree grigie, soggette a interpretazione e provocando una estrema variabilità di vedute tra comitati etici territoriali e più in generale, tra i diversi addetti ai lavori. Diverse criticità sono emerse anche per quanto concerne i bilanci dei comitati etici territoriali. A fronte di numerose uscite, giustificate quasi esclusivamente dai costi della segreteria e dai gettoni dei componenti, con il nuovo meccanismo di unico parere a livello nazionale le entrate sono piuttosto contenute e concentrate su poche realtà. Prova ne è che in 13 casi è stato rilevato un bilancio in rosso. Il dato economico non sorprende. Oltre al fatto che rispetto al passato non esiste più la valutazione da parte di molteplici comitati territoriali in caso di sperimentazioni cliniche, indagini con dispositivo e studi osservazionali farmacologici prospettici, il maggior carico di lavoro si riconduce alla valutazione di altre tipologie di studi. Nel periodo preso in esame dal Ccnce, infatti, la valutazione di sperimentazioni cliniche, indagini con dispositivo e osservazionali farmacologici ha rappresentato meno del trenta per cento rispetto al totale delle richieste di parere per avvio studi. La restante quota si riferisce invece a osservazionali non farmacologici (57,3) e interventistici senza farmaco né dispositivo (14,7 per cento), che quasi mai prevedono il pagamento della quota di valutazione (classificati come no profit). Un grosso compito di valutazione (in media 134 studi dal 31/12/23), perciò, a fronte di un minimo introito economico.

SE IL PERSONALE NON BASTA

Un lavoro che potrebbe essere coadiuvato, in casi particolari, da esperti esterni, che tuttavia faticano a essere reclutati visto che la norma prevede che vengano impiegati esclusivamente a titolo gratuito. Direttiva che, peraltro, un comitato ha deciso di disattendere, remunerando i consulenti individuati al di fuori dei componenti. Nemmeno l'operato delle segreterie tecnico-scientifiche appare sufficiente. Seppur presenti in tutti i comitati territoriali, queste strutture sono composte prevalentemente da risorse precarie e dedicate al comitato solo a tempo parziale. Anche in questo caso va sottolineata la totale assenza di indicazioni nazionali sugli standard minimi di numerosità e composizione, così come sulle fonti economiche da utilizzare per il pagamento dello staff. Staff per cui, per giunta, non sono previsti veri e propri percorsi formativi e di aggiornamento.

UN DECRETO CON DIVERSI PUNTI DA CHIARIRE

Alcune di queste criticità potrebbero essere affrontate nel breve periodo, per esempio assicurando una distribuzione equa della sperimentazione profit in modo da garantire che ciascun comitato abbia un indotto sufficiente al proprio funzionamento, mentre permangono numerose problematiche che non possono essere risolte con l'attuale assetto normativo. In primo luogo sarebbe necessario chiarire alcuni punti del decreto ministeriale, anche attraverso un aggiornamento dello stesso. In particolare:

- se tutti i Cet debbano includere al proprio interno tutte le 18 figure obbligatorie citate nella norma;
- se uno stesso componente possa ricoprire molteplici qualifiche;
- se un Cet possa includere un rappresentante della struttura ospitante;
- se sia possibile estendere le figure mandatorie, in particolare con esperti in materia di privacy;
- se membri dei Cet possano essere anche membri del Ccnce;
- quale sia la formazione di base necessaria per alcuni membri, in particolare per le figure del biostatistico, farmacologo, farmacista ospedaliero, esperto in materia giuridica/assicurativa ed esperto in genetica.

In secondo luogo esiste una palese incongruenza tra la normativa nazionale formalmente non ancora abrogata, ma in palese contrasto con i dettami della norma comunitaria. Ne è un esempio il Decreto 21/12/2007 (ancora in vigore), che limita le possibilità di rimborso ai soli pazienti affetti da patologie particolari o rare (curati in centri altamente specializzati) e l'indennità per mancato guadagno ai soli volontari sani. Un approccio restrittivo rispetto al Regolamento 536/2014, che invece allarga le maglie a tutte le tipologie di pazienti e addirittura le estende ai caregiver. Oppure il Decreto 14 luglio 2009, non abrogato dal decreto del ministero delle Imprese e del Made in Italy 15 dicembre 2023, ma senza dubbio necessitante di un profondo aggiornamento. Nato in un'epoca in cui la ricerca clinica era meno complessa e variegata, il testo risulta inadeguato per una attenta valutazione degli aspetti assicurativi della tipologia di studi che vengono condotti oggi.

AUSPICI E TIMORI PER IL FUTURO



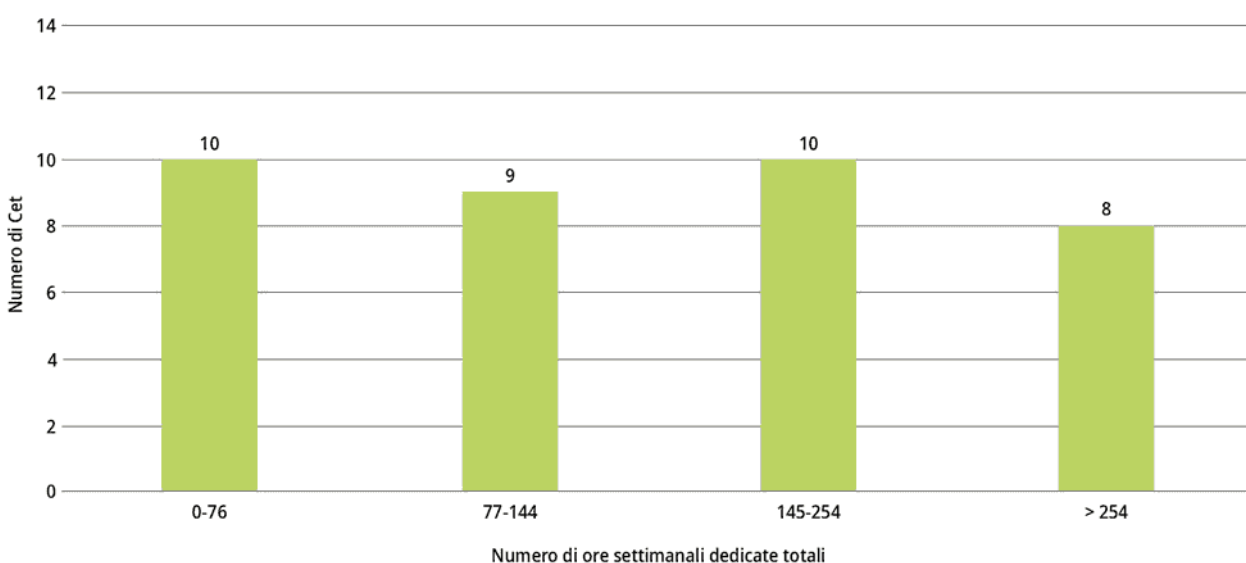
E se le incongruenze in qualche modo possono essere sanate, per lo meno mediante delle linee di indirizzo o delle indicazioni operative da parte dell'autorità competente e/o del Cncc, rimane un grosso vulnus che sembra destinato a non essere risolto: la totale assenza di regolamentazione per tutti gli aspetti che riguardano gli studi non legati al farmaco e al dispositivo medico. Al di fuori di questo contesto, infatti, non vi è una autorità competente che possa legiferare.

Un vuoto aggravato dal fatto che nemmeno il Cncc ha un mandato "allargato" rispetto a queste due macrocategorie di ricerca, pertanto non può assumersi l'onere di fungere da guida per tutte quelle aree che creano confondimento e, a tratti, una sensazione di smarrimento. A questo punto, una domanda è d'obbligo: abbiamo davvero creato un sistema adeguato e sostenibile? 🤔

Celeste Cagnazzo

Project manager di ricerca clinica della struttura complessa di oncoematologia pediatrica e membro del comitato etico territoriale dell'Azienda ospedaliero universitaria Città della salute e della scienza (Torino) e presidente del Gruppo italiano data manager - coordinatori di ricerca clinica (Gidm)

Distribuzione delle ore settimanali dedicate al Cet da parte della Segreteria Tecnico-Scientifica (STS)



Fonte: Rapporto Cncc, 2024

Comitati etici territoriali: lo stato dell'arte della loro composizione

Componenti previsti da decreto	Composizione effettiva
Clinico esperto in materia di sperimentazione clinica, di cui uno esperto nello studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive	Presenti ovunque (in 24 comitati presenti più di tre clinici)
Medico di medicina generale territoriale	Presente ovunque (in quattro comitati ne sono presenti due)
Pediatra	Assente in sei comitati
Biostatistico/metodologia ricerca	Presente ovunque
Farmacologo	Presente ovunque (in due comitati è presente più di un farmacologo)
Farmacista Ospedaliero/territoriale	Presente ovunque (in sette comitati è presente più di un farmacista)
Esperto in materia giuridica/trattamento dati	Presente ovunque (in due comitati attribuite a singoli componenti le competenze in materia giuridica/trattamento dati, materia assicurativa o medicina legale); in quattro comitati presente più di un esperto in materie giuridiche
Esperto in materia assicurativa	Assente in tre comitati; in alcuni le competenze in materia giuridica/trattamento dati, materia assicurativa o medicina legale sono attribuite a singole componenti
Medico legale	Assente in tre comitati; in alcuni vengono attribuite a singoli componenti le competenze in materia giuridica/trattamento dati, materia assicurativa o medicina legale
Esperto di bioetica	Presente ovunque
Rappresentante dell'area delle professioni sanitarie	Assente in due comitati
Rappresentante delle associazioni di pazienti/cittadini	Presente ovunque
Esperto in dispositivi medici	Presente ovunque
Ingegnere clinico o fisico medico	Manca in un Cet; in un comitato una singola figura ha la qualifica di esperto i DM e ingegnere clinico o fisico medico; in un Cet vi è sia la figura dell'ingegnere clinico che quella del fisico
Esperto in nutrizione	Assente in un comitato
Esperto in genetica	Assente in sei comitati
Altre figure non previste dal decreto	In quattro comitati sono presenti figure quali dirigente regionale, direttore sanitario, rappresentante fondazione

Quali figure devono essere presenti nei comitati etici territoriali?

Figure previste	Numero (per singolo comitato)
Clinico esperto in materia di sperimentazione clinica, di cui uno esperto nello studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive	3
Medico di medicina generale territoriale	1
Pediatra	1
Biostatistico	1
Farmacologo	1
Farmacista ospedaliero	1
Esperto in materia giuridica	1
Esperto in materia assicurativa	1
Medico legale	1
Esperto di bioetica	1
Rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione	1
Rappresentante delle associazioni di pazienti o di cittadini impegnati sui temi della salute	1
Esperto in dispositivi medici	1
Ingegnere clinico o fisico medico	1
In relazione allo studio di prodotti alimentari sull'uomo, un esperto in nutrizione	1
In relazione agli studi di genetica, un esperto in genetica	1



«Payback tempesta perfetta per Mirandola»

L'intervista

Piero Camurati

Direttore marketing Sidam

«Siamo in mezzo a una tempesta perfetta e per un'azienda come la nostra con forte vocazione all'estero è davvero difficile raccontare quanto sta accadendo. Tra gli effetti ci sarà l'impovertimento della disponibilità di dispositivi medici per i pazienti. È incredibile che l'Italia rinunci a un settore così strategico come abbiamo imparato con il Covid, una lezione che non è servita a nulla». Piero Camurati è direttore marketing dell'azienda Sidam del distretto di Mirandola, il primo in Europa e il terzo nel mondo nel biomedicale. Sidam è una impresa di punta italiana di questa medical valley con 32 milioni di fatturato, 210 dipendenti e quattro stabilimenti (uno appena aperto) dove produce dispositivi monouso. Anche lei come le altre aziende del settore è stata investita dallo tsunami del payback, la misura che prevede che le aziende del comparto paghino circa metà dello sfondamento del tetto di spesa degli acquisti degli ospedali di dispositivi: 1 miliardo per il 2015-2018 appena confermato dalla Consulta e altri possibili 2,5 miliardi dal 2019 al 2022.

Come vivete la conferma del payback da pagare?

Questa situazione è talmente assurda che non sembra nemmeno vera. Tra l'altro oltre al

payback il paradosso è che sulle aziende che producono dispositivi medici si sono abbattute tutte assieme altre misure che la fanno assomigliare a una tempesta perfetta: è innanzitutto spuntato un prelievo sui fatturati dello 0,75%, ma soprattutto è scattato l'aggiornamento della normativa sulla certificazione europea che sta creando grosse difficoltà tanto che probabilmente alcuni dispositivi usciranno dal mercato perché i costi per ricertificarli è troppo alto.

Questa tempesta perfetta cosa significa per un distretto come quello di Mirandola?

Qui c'è un bel mix di aziende italiane e multinazionali. È un'area che lo Stato dovrebbe far crescere perché è qui che si fa ricerca e sviluppo e innovazione su nuovi dispositivi medici per renderci meno dipendenti dall'estero. Invece con il payback ci sarà un effetto a catena su tutta la filiera: per le aziende italiane l'impatto sarà secco e diretto visto che per chi lavora solo qua sarà sempre più difficile sopravvivere. Credo che le imprese più piccole rischino davvero di sparire.

E le multinazionali?

Per loro questo meccanismo sarà un grande disincentivo a investire qui. Il rischio è che la loro presenza si assottigli e qualche segnale in questo senso lo stiamo cominciando a vedere.

Ma perché è illegittima questa misura?

Perché si costringe le aziende a pagare su uno sfioramento di budget che nessuno conosce e che è stato fissato retroattivamente. Tra l'altro se dopo le gare non forniamo i dispositivi medici agli ospedali siamo accusati di interruzione di pubblico servizio. Segnalo poi che l'Italia spende in dispositivi medici un terzo della Germania e metà della Francia.

Cosa bisogna fare dunque visto che c'è un miliardo da pagare e poi altri 2,5 miliardi?

Questa misura è una stortura e va cancellata punto e basta. Spero che ci si sieda attorno a un tavolo subito prendendo in mano il tema sia del payback sia del necessario sostegno al Servizio sanitario e alla industria della salute perché si tratta di un tema strategico per il Paese. Altrimenti passerà il messaggio che non conviene più vendere e rifornire di dispositivi medici il Servizio sanitario.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PIERO CAMURATI
Direttore marketing Sidam



1 ago
2024

IMPRESE E MERCATO

S
24

E4Shield: è made in Italy la tecnologia che inattiva i virus dell'influenza e del Covid

di Vincenzo Rutigliano

Si chiama “e4shield” l’innovazione tecnologica italiana che inattiva i virus - Covid e influenza stagionale - inserita nel Joint Research Centre (JRC), il centro della commissione Ue che supporta le istituzioni comunitarie nella definizione di future linee guida/regole con l’obiettivo di migliorare la qualità della vita. E4Shield è una tecnologia “disruptive” ideata per inattivare il Covid-19 e le sue varianti e affrontare nuove potenziali ondate pandemiche, che sottopone i virus a un preciso campo elettromagnetico oscillante che manda in risonanza il guscio esterno fino a romperlo, rendendo così quasi istantanea l’inattivazione virale con una efficacia superiore al 90% e una velocità di propagazione pari a quella della luce.



Questa innovazione - messa a punto da E4life, joint venture costituita da Elt Group di Roma, da molti decenni tra i leader mondiali nei sistemi di difesa elettronica, e Lendlease, specializzata in grandi progetti di rigenerazione urbana - non richiede l’evacuazione degli ambienti perché innocua per l’uomo e gli animali. “Le onde elettromagnetiche emesse dalla nostra tecnologia - spiega Vincenzo Pompa, ceo di e4life, società italiana attiva nella biodifesa - sono sicure, perché hanno una potenza più bassa di un comune cellulare o impianto wi-fi e questo vale sia per la versione

ambientale del dispositivo (e4life ambient), che agisce su un'area pari a circa 50 mq, che in quella portatile (e4life personal), certificata CE e SAR (Specific Absorption Rate)".

La tecnologia e4shield è nata durante il periodo del Covid-19 da un'iniziativa di un ricercatore di Elt Group che ha deciso di approfondire l'uso dei campi elettromagnetici per l'inattivazione dei virus. Basandosi su una ricerca di scienziati taiwanesi pubblicata sulla rivista scientifica Nature, supportato dall'azienda, il ricercatore ha iniziato a ottenere i primi risultati testando diverse frequenze di onde elettromagnetiche inizialmente sul Covid-19 e poi su altri Coronavirus. E' stato così ricreato un sistema di bioaerosol in un ambiente di laboratorio controllato dove i virus Sars -CoV-2 e quelli rappresentativi dell'influenza stagionale (H1N1) sono stati esposti per un tempo utile alle radiazioni generate da un prototipo del dispositivo e4shield, che sfrutta la fenomenologia SRET (Structure Resonant Energy Transfer). E4hield è stata poi sottoposta a rigorosi test scientifici, validata dall'ospedale militare del Celio, e oggetto di una recente campagna di test presso il dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche dell'Università degli Studi di Milano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1 ago
2024

IN PARLAMENTO

S
24

Lo sport è un farmaco: al via iter legislativo del Ddl per inserire l'esercizio fisico nella ricetta medica

È stato sottoscritto da tutti i partiti in X Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato il Ddl 287 a firma della senatrice Daniela Sbrollini su “Disposizioni recanti interventi finalizzati all’introduzione dell’esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all’interno del Servizio sanitario nazionale”. Il Disegno di legge, che è al centro di un’importante battaglia per promuovere il ruolo dell’attività fisica come volano per la salute, ha come obiettivo quello di rendere l’esercizio fisico prescrivibile proprio come un farmaco da parte del medico di medicina generale, pediatra di libera scelta e specialisti, per incentivarlo come strumento di prevenzione e di cura. Ora, con la sottoscrizione del Ddl da parte di tutti i partiti, si avvia un iter legislativo che nel suo ambito potrebbe essere veramente rivoluzionario.

«Lo sport è un “farmaco” che non ha controindicazioni e fa bene a tutte le età - dichiara Sbrollini, Vicepresidente della X Commissione Affari sociali, sanità, lavoro e previdenza sociale del Senato, presidente dell’Intergruppo parlamentare Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili - Il Disegno di legge che ho presentato intende dare la possibilità a pediatri, medici di medicina generale e specialisti di inserirlo in ricetta medica, così che le famiglie possano usufruire delle detrazioni fiscali. La speranza è che, recuperando attraverso il 730 parte dell’investimento, le persone siano



incentivate a impegnarsi in attività positive per la propria salute».

«I numeri evidenziano che l'esercizio fisico, nonostante sia un fattore determinante per la salute degli individui, è infatti ancora troppo poco praticato – sottolinea la senatrice -. I dati dell'Eurobarometro dicono che nell'Unione europea il 45 per cento delle persone afferma di non fare mai esercizio fisico o praticare sport e una su tre ha livelli insufficienti di attività fisica. La conseguenza è l'insorgere di milioni di casi di malattie non trasmissibili che peggiorano la salute delle persone e gravano sulle economie dei singoli paesi. Il rapporto congiunto dell'OMS e dell'OCSE "Step up! Affrontare il peso dell'insufficiente attività fisica in Europa" evidenzia che, con un aumento dell'attività fisica a 150 minuti a settimana, si eviterebbero in Europa 11,5 milioni di nuovi casi di malattie non trasmissibili entro il 2050, tra cui 3,8 milioni di casi di malattie cardiovascolari, 1 milione di casi di diabete di tipo 2, oltre 400.000 casi di diversi tumori. In Italia il costo dell'inattività fisica è stimato a 1,3 miliardi di euro nei prossimi 30 anni. Da qui l'importanza di un'iniziativa legislativa che consenta finalmente di prescrivere l'esercizio fisico esattamente come un farmaco».

«Una battaglia quella per sostenere il binomio tra sport e salute, che è importante portare avanti su più fronti – aggiunge Sbrollini -. Come presidente dell'Intergruppo Parlamentare Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili, a fianco delle società scientifiche FeSDI, SID e AMD, ho promosso negli ultimi anni molte iniziative, tra cui la firma di importanti protocolli d'intesa con il CONI e con Sport e Salute, finalizzati alla promozione dell'attività sportiva come corretto stile di vita e come forma di prevenzione per il diabete e l'obesità, con il coinvolgimento del mondo dello sport. Ritengo che lo sport sia uno strumento per investire sul miglioramento del Paese. È importante portare avanti un lavoro comune che consenta il riconoscimento del valore formativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva, ponendo la cura e la prevenzione delle malattie croniche al centro dell'agenda politica e dell'azione legislativa. Ringrazio i colleghi della Commissione Sanità del Senato per il sostegno a questo Disegno di legge, e auspico che con l'impegno comune la prescrizione dell'esercizio fisico come un farmaco possa divenire presto una legge».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1 ago
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Menopausa e sessualità: i consigli del ginecologo e più consapevolezza per abbattere i tabù

di Rossella Nappi*

Ancora oggi, per molte donne, la menopausa rappresenta un tabù, spesso vista come una condizione problematica e non già come una fase naturale, di passaggio, del ciclo di vita.

La menopausa può durare anche qualche anno e si accompagna a profonde modificazioni con effetti non solo sul corpo, ma anche sulla sfera psicologica, sessuale, relazionale e sociale. La progressiva diminuzione della produzione degli estrogeni da parte delle ovaie può, infatti, comportare alcuni disturbi e sintomi, quali secchezza, bruciore vaginale e calo del desiderio sessuale, con un possibile impatto negativo sul benessere della donna e sulla vita di coppia.

Alle donne che si rivolgono a me per una consulenza, in quanto specialista di riferimento, consiglio come prima cosa di adottare un atteggiamento proattivo, con la consapevolezza che si può fare tanto insieme per non rassegnarsi al tramonto di una sessualità ricca e appagante: è, infatti, possibile imparare a guardare a questa nuova fase della vita con occhi diversi, impiegando strategie diversificate allo scopo di mantenere uno stato psico-fisico in salute.

In primo luogo, nella ricerca di dati chiari e aggiornati, nonché di soluzioni sicure ed efficaci, è di fondamentale importanza affidarsi allo specialista di riferimento e a fonti riconosciute: solo così si avranno a disposizione le



conoscenze e gli strumenti necessari per prendere decisioni informate. Accettare consapevolmente il cambiamento del corpo e condividere con il partner emozioni e sensazioni sul piano emotivo e sessuale sono, poi, strategie importanti per migliorare l'intimità e la relazione di coppia. Alle mie pazienti consiglio di seguire una dieta varia e bilanciata, tale da assicurare al corpo tutti i nutrienti necessari, e di evitare la sedentarietà, praticando regolarmente attività fisica.

Nella gestione dei sintomi della menopausa e del benessere sessuale, è essenziale prediligere l'utilizzo di prodotti clinicamente validati, sicuri ed efficaci; sotto precisa valutazione del medico e in assenza di controindicazioni, è, inoltre, possibile considerare e introdurre terapie ormonali personalizzate, che possono offrire benefici significativi sul benessere generale e sulla sessualità.

Per affrontare le sfide di un nuovo periodo della vita, ancora, si rivela spesso benefica la pratica di tecniche di rilassamento e, se necessario, il supporto psicologico: se i disturbi del sonno e dell'umore non vengono affrontati, si può, infatti, andare incontro ad una perdita di autostima e al peggioramento della qualità della vita.

Infine, alle donne che, avvicinandosi al periodo della menopausa, iniziano ad avvertire i primi sintomi, consiglio di non aspettare e di rivolgersi al medico specialista il prima possibile: riconoscere e trattare tempestivamente eventuali segnali aiuterà a prevenire complicanze.

Affrontare la menopausa con una mentalità aperta e informata può trasformare questa fase della vita in un periodo di crescita e rinnovamento. Ogni donna ha il diritto di vivere una sessualità appagante e di godere di un benessere completo, fisico e mentale.

**Professoressa ordinaria di Ginecologia e Ostetricia all'Università degli Studi di Pavia, IRCCS Policlinico San Matteo, e presidente della Società Internazionale della Menopausa*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

QUI MILANO

A Niguarda
la fuga
dei medici
rende il lavoro
impossibile

Luca Benecchi — a pag. 2

La fuga dei medici rende il lavoro «impossibile»

Milano. «A settembre andranno via altri, resteremo in tre», racconta uno psichiatra. Il problema della copertura assicurativa e le continue tensioni

Luca Benecchi

Dal nostro inviato
MILANO

«Forse alla fine non avrò il coraggio di compilarla e di inviarla, fra l'altro non sono neanche certo che mi verrebbe accettata, ma ho scaricato il modulo per la richiesta dell'aspettativa non retribuita. Un periodo breve, qualche settimana, un paio di mesi al massimo, ma sono davvero al limite, stremato. A settembre nel mio servizio andranno via altri colleghi e resteremo in tre. Non so come faremo. Andare avanti in questo modo è impossibile. La qualità della nostra vita è azzerata e la fatica finisce per travolgere tutto, noi, le nostre famiglie. Oltre al lavoro, non c'è più spazio per niente».

T., è un medico psichiatra, in pronto soccorso è lui a occuparsi di tossicodipendenti, alcolisti, crisi maniaco-ossessive, lo sprofondo del disagio che soprattutto in certi periodi dell'anno diventa ancora più grande. Oggi parla con il tono di voce di chi non vorrebbe affatto mollare e sotto sotto si intuisce che la compilazione di quel foglio ha la forma della sconfitta più che della scelta. Ma sa che il suo lavoro l'ha scelto, ora è a un bivio. Lo stesso di decine di medici che ogni giorno nei pronto soccorso italiani rappresentano il primo fronte o il primo argine. Il luogo in cui in qualche modo si concentrano e scaricano tutte le contraddizioni o i problemi non risolti del sistema sanitario.

«Le mille difficoltà di questo lavoro – aggiunge C., medico ortopedico di 45 anni del pronto soccorso del-

l'ospedale Niguarda di Milano – stanno portando al fatto che in molti se ne stanno andando, una specie di esodo generazionale. Ma dove vogliono andare nessuno lo sa con precisione. Sognano ritmi più tranquilli e una gestione della professione fatta in prima persona, magari in qualche studio privato dove le regole non cadono dall'alto, al contrario di quelle ospedaliere, dove la burocrazia la fa da padrone».

In questi giorni al pronto soccorso dell'ospedale di Niguarda non c'è il solito caos, è una mattinata quasi tranquilla. Sarà la canicola o il fatto che in molti sono già scappati dalla città. Anche i container esterni che accolgono i parenti sono mezzi vuoti. Il triage che da qualche mese ha cambiato la scala dei colori e delle priorità inserendo l'azzurro e l'arancione, riesce a fare filtro e a guidare gli interventi anche se l'accoglimento delle nuove regole europee aumenta un po' il lavoro in quanto l'indicazione e la prima diagnosi sono diventate più accurate. I medici, seduti davanti al computer, verso le finestre, sono in quattro. Scrivono velocemente referti e diagnosi, ordinano esami e tac anche se chi si presenta, in molti casi, potrebbe fare ricorso a cure della medicina territoriale anziché sovraccaricare le strutture del pronto soccorso. Dietro le tende azzurre i letti in fila da tre. Per i pazienti l'attesa per la prestazione rimane proverbialmente molto lunga. Ore e ore aspettando il proprio turno.

«Il problema del sovraffollamento – continua – è dovuto in larga parte ai

pazienti non dimissibili, i pazienti fragili come anziani o malati affetti da patologie croniche che avrebbero necessità di assistenza domestica o sul territorio, in mancanza della quale non possono lasciare l'ospedale».

Dunque si crea una pressione verso i reparti alla ricerca di posti letto. «Una specie di guerra tra poveri per trovare un luogo dove risolvere il problema. Una dinamica che porta a momenti di tensione anche con i colleghi che devono valutare e scegliere se accettare o no un paziente, magari togliendolo da infinite ore di attesa nei corridoi del pronto soccorso».

Tensione e aggressività sono il pane quotidiano per chi lavora nelle strutture che si occupano di emergenze. Uno dei problemi più drammatici è la difficoltà di comunicazione soprattutto con i familiari dei degenti che ritengono di subire atteggiamenti di scarsa attenzione e dunque anche di bassa professionalità. Le ambulanze arrivano una dietro l'altra. Molti si presentano per sostenere esami che altrove non riuscirebbero a fare, se non dopo infinite attese. «Il contesto in cui lavoriamo è di



grande aggressività e di generale arroganza degli accompagnatori, soprattutto dei pazienti più anziani. Siamo continuamente sotto pressione tanto che oramai i presidi delle forze dell'ordine sono diventati un elemento imprescindibile della nostra gestione quotidiana».

La cronica mancanza di personale è un altro degli aspetti sensibili, sia per la qualità dell'erogazione del servizio sia per il buono svolgimento della professione. In molti casi anche nei pronto soccorso, oltre che nei reparti, vengono per questo utilizzati dei medici specializzandi e i cosiddetti gettonisti, liberi professionisti che sono chiamati a lavorare per turni

di dodici ore. Peraltro non è previsto il pagamento degli straordinari.

Se la questione retributiva non è tra quelle più critiche in quanto i medici vengono pagati secondo il contratto nazionale, ci sono però degli aspetti più problematici legati alla copertura assicurativa.

«Le continue tensioni a cui siamo sottoposti – conclude C. - ricadono anche sull'eventuale responsabilità in caso di errori durante lo svolgimento della professione. Essere denunciati per colpa grave è una dei timori più diffusi nella professione. L'ospedale infatti fornisce ai medici una copertura minima con massimali abbastanza bassi e dunque in

molti integrano con una polizza privata che può costare da un minimo di 500 euro l'anno a casi in cui, per le specialità più sensibili, si può arrivare anche a una spesa di diecimila euro, sempre annui».

«Il contesto in cui lavoriamo è di grande aggressività. Siamo continuamente sotto pressione»

NIGUARDA

40

Sale operatorie

«40 sale operatorie, 350 ambulatori, oltre 70 reparti, 1.167 posti letto: a Niguarda ci prendiamo cura tutte le patologie dell'adulto e del bambino, affrontate con un approccio multidisciplinare», così si presenta il grande ospedale milanese che nel 2020 è stato «l'unico centro italiano a entrare nella "top 50" dei migliori ospedali al mondo secondo la rivista americana Newsweek». La sua nascita risale al 10 ottobre 1939 e al suo interno ci sono aree di cura per tutte le specialità cliniche e chirurgiche per l'adulto e il bambino. Dal 2016 è stata creata l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.



Lombardia. L'ingresso del Niguarda, dove le ambulanze arrivano una dopo l'altra, molti si presentano per sostenere esami



Il ministero della Salute **Peste suina al Nord** **«Nuove misure»**

Si riaccende l'allarme tra gli allevatori per la peste suina africana. Una minaccia che si ripresenta con 6 nuovi focolai individuati in allevamenti in Lombardia, Piemonte ed Emilia Romagna. Già iniziati gli abbattimenti degli animali, ma il ministero della Salute annuncia nuove «misure straordinarie» per «scongiurare l'ulteriore diffusione

della malattia». Dura la Cia-Agricoltori Italiani: «Con oltre 2 milioni di cinghiali liberi sul territorio nazionale e operazioni di contenimento a rilento, non ci può essere freno a questa peste».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



QUI PALERMO

Al pronto
soccorso
molti pazienti
che non trovano
posto in reparto

Marco Alfieri — a pag. 2

Così il taglio dei posti letto grava sul Pronto soccorso

Palermo. «Il 60% delle risorse è dedicato a pazienti che dovrebbero stare in reparto», spiega il dottor Geraci. Lunghe attese significa rischio incidenti

Marco Alfieri

Dal nostro inviato

PALERMO

Quando arriviamo ai cancelli dell'ospedale Civico il dottor Massimo Geraci ci fa attendere qualche minuto perché sta consegnando al posto di polizia il referto di una persona che si presentava in Pronto soccorso con nomi diversi per truffare l'assicurazione. «Questa volta però lo abbiamo beccato», sorride Geraci, dal 2011 primario della Medicina di Emergenza Urgenza del grande ospedale palermitano.

Sono le 10.00 di mattina del 29 luglio e, come sempre avviene dopo il weekend, il lunedì è il giorno in cui al Pronto soccorso (Ps) del Civico si registra il picco settimanale di accessi. Considerando il numero di posti massimi presidiabili da questa struttura (42), in Ps in questo momento ci sono 71 pazienti tra quelli in attesa (25), in trattamento (14) e in osservazione (31), per un indice di sovraffollamento del 166 per cento.

«La prima impennata di accessi si crea tra le 10 e le 13.00», prosegue Geraci mentre ci accompagna per le stanze di un Pronto soccorso che registra 200 accessi medi/giorno, per un totale di 75-80mila l'anno. «La seconda, invece, si crea nel tardo pomeriggio e in questi giorni d'estate, con tanti turisti sull'Isola, può prolungarsi fino a dopo mezzanotte: alla classica traumatologia e agli incidenti si aggiungono malori, intossicazioni alimentari e alcolismo».

La sala di aspetto davanti all'in-

gresso che porta all'area accettazione/triage è quella generalmente più critica, anche per le aggressioni. In questo lunedì mattina si accalcano una dozzina di persone che premono sulle porte scorrevoli e vorrebbero entrare ma sono dissuasi da un infermiere che fa da butta-dentro e un vigilante armato pronto a sedare gli animi.

Una volta entrati un infermiere esperto registra l'utente e avvia il triage per codice di priorità (in Sicilia non è ancora entrata in vigore la riforma dei cinque colori, con l'arancione e l'azzurro che sostituiscono il giallo).

Ogni triage dura 15-20 minuti. Una volta concluso si viene portati in una grande "holding area" luminosa, con le pareti colore panna e arancione, in attesa della diagnosi e del primo trattamento. Se invece sei un codice rosso vai direttamente in area critica, attrezzata con la Telemetria, il monitoraggio e la terapia intensiva (le vere urgenze sono circa il 15-20% degli accessi totali).

Nello stanzone colorato dell'area OBI (Osservazione breve intensiva) troviamo soprattutto pazienti che stanno aspettando il posto letto in reparto. Oggi la corsia è decisamente piena. Vicino a noi c'è una signora anziana che è caduta in casa e si lamenta dal dolore e un ragazzo che ha battuto la testa in un incidente in moto. Tra area OBI e area "sub intensiva" contiamo circa 30 persone quando i box standard dovrebbero essere sedici. «Guardate, in un box singolo sono almeno

in due...», mi dice un infermiere che vuol restare anonimo.

Il Pronto soccorso del Civico non dà l'impressione di essere un presidio a corto di medici e infermieri. «Abbiamo sofferto di carenze di organico durante il post Covid quando c'è stata un po' di fuga verso il privato, altri reparti dello stesso ospedale o altre aziende ospedaliere. In un anno e mezzo sono usciti in undici», ragiona Geraci. «Ma oggi con 35 medici in organico e 79 infermieri siamo più o meno al completo», ammette il primario.

«Piuttosto il problema è che il 60% delle risorse di cui disponiamo sono dedicate a pazienti che non dovrebbero stare in Ps ma nei reparti», allarga le braccia Geraci. Le linee di indirizzo nazionale dicono che in Ps non si dovrebbe restare più di 8 ore (tranne una quota del 10% che può fermarsi fino a un massimo di 36 ore). Giusto per capire la sproporzione: lunedì 29 luglio alle 14.00 ci sono al Pronto soccorso del Civico ben 24 pazienti da più di 48 ore e altri 5 tra le 24 e le 48 ore. Decisamente troppi.

La causa principale è il taglio dei



posti letto negli ospedali degli ultimi vent'anni, mentre la popolazione invecchia. «Senza contare che l'aumento di permanenza in Ps è correlato, purtroppo, a un incremento degli eventi avversi, anche gravi», precisa Geraci. «Spesso chi muore in Pronto soccorso dopo 48 ore sono gli indesiderati, i malati oncologici che non vogliono nei reparti (non sono rari i litigi tra colleghi che si rimpallano i pazienti). Una fine tristissima e solitaria».

L'altro grande problema del Civico è la piaga delle aggressioni. Non si contano più i casi di vere e proprie spedizioni punitive, pugni alle vetrate, porte sfondate, carrelli porta me-

dicine rovesciati, medici e infermieri malmenati, schiaffoni e minacce. Nessuno più degli operatori sanitari è preparato nella gestione dei conflitti. «Con certa gente bisogna tarare le risposte e non essere scortesati se vuoi evitare escalation», spiega il nostro infermiere. Quando succede, significa che si è perso il controllo. «Molti dei nostri vorrebbero andare via, sono frustrati e demotivati. Lavorare in Ps è diventato sinonimo di contenziosi medico-legali, aggressioni e turni massacranti», ammette senza giri di parole Geraci.

Verso le 20.00 di lunedì 29 luglio le persone in Ps sono ancora 73. «Il problema sa qual è?», con-

clude il primario. «Dopo una lunga giornata di lavoro, può capitare che uno si senta inadeguato. Fai bene il tuo lavoro ma la domanda che arriva è ormai incontenibile rispetto all'offerta...».

«Abbiamo sofferto di carenze di organico dopo il Covid, un po' di fuga nel privato, ma oggi siamo più o meno al completo»

OSPEDALE CIVICO

750

Posti letto

L'ospedale "Civico" di Palermo è nel quartiere "Montegrappa - S. Rosalia" ed è dotato «di un dipartimento di emergenza e di unità operative di diagnosi e cura di tutte le discipline specialistiche a basso, medio ed elevato livello di assistenza», si spiega sul sito. Nella struttura sono presenti aree di terapia intensiva, per un totale di oltre 750 posti letto. Con l'ospedale specializzato pediatrico "Di Cristina", sede del Dipartimento di Pediatria e dotato di un pronto soccorso e di 15 unità operative di diagnosi e cura, dà vita all'azienda ospedaliera "Civico - Di Cristina - Benfratelli" che da oltre 30 anni è "Ospedale di rilievo nazionale e di Alta Specializzazione".

69%

NON DENUNCIA LE AGGRESSIONI

Anaao Assomed a marzo ha fatto un sondaggio su un campione rappresentativo di professionisti che lavorano nei Ps: l'81% ha detto di essere

stato vittima di aggressioni fisiche o verbali. Di questi, il 23% ha parlato di aggressioni fisiche. Il dato ancor più allarmante è che il 69% dei sanitari non denuncia l'aggressore.



Sicilia. L'ingresso del Pronto soccorso dell'Ospedale civico di Palermo che registra 200 accessi al giorno, 75/80 mila l'anno

