

7 gennaio 2025

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

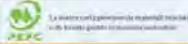




la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo



Martedì 7 gennaio 2025

€ 1,70

AFFARI E POLITICA

Tutti contro Musk

Meloni frena sull'intesa da 1,5 miliardi per l'uso di Starlink: nessuna firma. Il patron di SpaceX: noi pronti. L'opposizione va all'attacco: fatto grave, premier chiarisca in Parlamento. Schlein: "Non svendiamo il Paese"

L'allarme della Ue, le accuse di Macron e Starmer: basta ingerenze

Satelliti e dati il rischio sicurezza

di Filippo Santelli

Bisogna andare oltre il valore economico. Nell'accordo che il governo italiano tratta da mesi con Starlink l'aspetto decisivo è strategico.

ROMA - L'intesa con SpaceX di Elon Musk diventa un caso politico. Dopo le indiscrezioni su un accordo raggiunto a Mar-a-lago, nella visita lampo della premier negli Usa, Palazzo Chigi sostiene che "non sono stati firmati contratti" per adottare in Italia il sistema di comunicazione satellitare Starlink. Musk rilancia: "Pronto a fornire all'Italia una connettività più avanzata". L'opposizione: "Meloni deve spiegare".

Ucraina

Quel segnale di Zelensky alla Casa Bianca

di Paolo Garimberti

Aspettando Godot-Trump il gioco si fa duro sul fronte russo-ucraino. La sorprendente offensiva nella regione russa di Kursk, per quanto avvolta in una nebbia di propaganda e contro-propaganda, ha comunque fermato la narrazione, che da mesi sembrava a senso unico in favore del Cremlino: un'avanzata russa nel Donbass, lenta e costosa in termini di perdite, ma inarrestabile.

La memoria

Acca Larentia la distanza tra lutto e culto

di Michela Ponzani

Franco Bigonzetti, Francesco Ciavatta e Stefano Recchioni. È il 7 gennaio 1978 quando tre giovani missini iscritti al Fronte della gioventù, vengono uccisi in un agguato organizzato dai Nuclei armati per il contropotere territoriale (Recchioni, militante della sede di Colle Oppio, è vittima della pallottola di un capitano dei carabinieri, intervenuti a sedare la protesta dei giovani neofascisti davanti alla sede del Msi). L'obiettivo è colpire Acca Larentia, la sezione del Movimento sociale italiano nel quartiere Tuscolano a Roma.

Il caso

Le dimissioni di Belloni "Non ne potevo più"

di Carlo Bonini

Non ne potevo più, perché trascinare le cose così non era giusto e non aveva senso. Nelle parole che Elisabetta Belloni, direttrice dimissionaria del Dipartimento per le informazioni della sicurezza (Dis), con la garbata sincerità che le è propria, va ripetendo a chi la cerca privatamente per afferrare il senso di una decisione, ci sono due verità. La storia di una dissipazione politica e la presa d'atto, amarissima, di aver visto infrangersi

una scommessa. Che solo una riserva della Repubblica come questa diplomatica di lungo corso, romana di 66 anni, colta, rigorosa, e dalla formidabile rete di relazioni istituzionali e personali costruita nel tempo nei suoi diversi incarichi apicali alla Farnesina, aveva pensato di poter vincere quando Giorgia Meloni aveva raccolto l'eredità del governo Draghi chiedendole di restare al suo posto.



Italia 1980 il lungo tunnel del terrore

di Benedetta Tobagi

Il 17 gennaio di 45 anni fa, tutti i quotidiani aprivano sull'uccisione del presidente della regione Sicilia Piersanti Mattarella, avvenuta a Palermo il giorno precedente, «il più grave delitto politico dopo l'omicidio Moro», di cui il politico siciliano è considerato l'unico erede. La notizia scende dalle prime pagine persino le cronache dell'invasione sovietica dell'Afghanistan e gli aggiornamenti sulla crisi degli ostaggi statunitensi in Iran, dove la rivoluzione khomeinista ha imposto l'Islam politico tra i nuovi protagonisti della scena mondiale.

La Supercoppa

Ribaltone Milan il trofeo è suo



dal nostro inviato Franco Vanni nello sport

Trudeau lascia dopo 10 anni Trump: ora il Canada a noi

di Basile e Franceschini

a pagina 12

Advertisement for Vivin C with text: PRIMI SINTOMI INFLUENZALI, PER I TUOI ECCI, PUOI PROVARE VIVIN C. Raffreddore.

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 68281
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 68707310
mail: servizioclienti@corriere.it



Moore migliore attrice
Globes, il trionfo
del boss trans
di Merighetti, Ulivi e Volpe
alle pagine 48 e 49



Lotteria Italia
Il premio da 5 milioni
a Somaglia (Lodi)
I biglietti fortunati
a pagina 23



Sfide, rischi, novità

IL MONDO SECONDO TRUMP

di Angelo Panebianco

In attesa dell'insediamento di Donald Trump il 20 gennaio come presidente degli Stati Uniti, tutti trattengono il fiato aspettando le sue prime decisioni (Ucraina, Medio Oriente, dazi, confronto con la Cina) destinate a condizionare la politica mondiale. I più osservano che l'uomo è imprevedibile. Ma una cosa sappiamo per certo. Con Trump arriva a conclusione un processo iniziato da tempo: una drastica ridefinizione dell'interesse nazionale americano. Per decenni, dopo la Seconda guerra mondiale, l'interesse americano era stato declinato in chiave internazionalista: l'America si era posta alla testa di una vasta coalizione di Stati a cui offriva vari vantaggi (condizioni favorevoli alla libertà di commercio, protezione militare e altri benefici ancora), in cambio della accettazione della sua leadership. Con Trump (ma i primi segnali si erano già manifestati all'epoca della presidenza Obama) l'interesse americano viene ridefinito in chiave nazionalista. È semplicemente accaduto che il pubblico americano, a differenza di quanto aveva accettato per decenni, non è più da tempo disponibile ad assumersi gli oneri (si pensi al costo delle guerre di Afghanistan e Iraq) che sempre accompagnano gli onori riservati alla leadership. Una America che ridefinisce in questo modo il proprio interesse, per ciò stesso cambia radicalmente il mondo in cui viviamo.

continua a pagina 36

Nota di Palazzo Chigi: con SpaceX normali interlocuzioni. L'imprenditore: pronti a fornirvi servizi

Scontro sui satelliti di Musk

Il governo: non c'è un'intesa firmata. L'opposizione attacca: Meloni in Aula

IL NUOVO ESECUTIVO

Austria, incarico affidato al leader dell'ultradestra

di Irene Soave e Paolo Valentino

Dopo il fallimento dei precedenti negoziati per la formazione di un governo, il presidente della Repubblica austriaco Alexander van der Bellen, visibilmente turbato, ha affidato ieri l'incarico di mettere insieme un nuovo esecutivo al leader della FpÖ Herbert Kickl, ultradestra. La decisione dopo l'apertura dei Parlamentari. Esultano Salvini e AfD.

a pagina 14

GIANNELLI



da pagina 2 a pagina 7

L'ANNUNCIO DEL PREMIER

Canada, la resa di Trudeau. Si dimette l'icona liberal

di Sara Gandolfi



Il primo ministro canadese Justin Trudeau ha annunciato le dimissioni. L'ex icona liberal lascerà la guida del governo, dopo quasi un decennio, non appena il suo partito avrà scelto un successore. «Le battaglie interne — ha detto — indicano che io non possa essere la migliore opzione per le elezioni federali». Che sono fissate per il prossimo ottobre. Il difficile rapporto con Trump che lo chiama «governatore».

a pagina 15

LO STRAPPO, GLI SCENARI

Belloni lascia la guida degli 007. Chi è in corsa per sostituirla

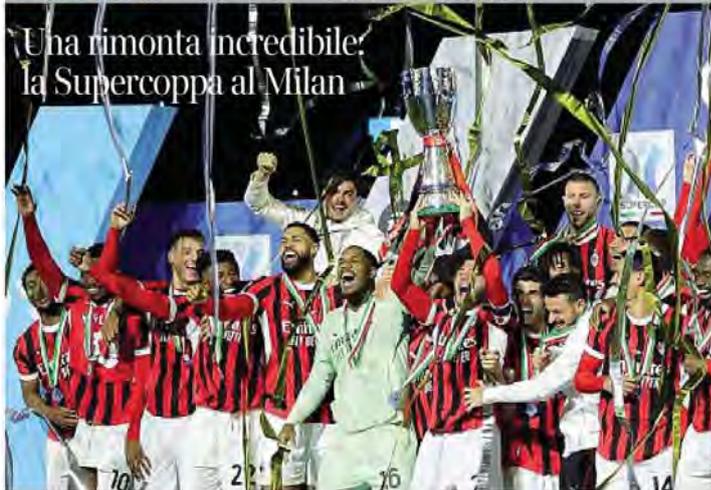
di Marco Galluzzo



Elisabetta Belloni lascia il vertice dei servizi segreti. «Andrò via dal 15 gennaio, ho già comunicato le mie dimissioni — ha confermato lei stessa —. Ho maturato questa decisione da tempo ma non ho altri incarichi». Uno strappo, il suo, che apre la delicatissima partita alla successione. I nomi in corsa.

a pagina 5 Frignani

La finale di Riad. L'Inter era in vantaggio di due gol, poi è entrato Leao



Una rimonta incredibile: la Supercoppa al Milan

di Paolo Condò, Carlos Passerini e Paolo Tomaselli alle pagine 50 e 51

Milano. Al vaglio video e racconti

Il caso degli abusi a Capodanno. Via all'inchiesta

di Cesare Giuzzi

Al vaglio video e racconti delle ragazze. Ora la Procura di Milano indaga per violenza sessuale di gruppo in merito a quanto accaduto in piazza Duomo a Capodanno.

a pagina 18

L'ERRORE DI SOTTOVALUTARE

La sicurezza, una priorità (anche per la sinistra)

di Walter Veltroni

Sbaglia la sinistra a pensare che il problema della sicurezza dei cittadini non sia una priorità, non la riguarda. Che sia solo un'invenzione o una semplice percezione indotta da social, media, politica. È non sbaglia solo perché così lascia spazi enormi alla destra e a derive securitarie che possono essere pericolose per la stessa convivenza pacifica.

continua a pagina 36

Cade il divieto di avvicinarsi: la accoltella

Bergamo, la donna aveva ritirato la denuncia contro il marito. Salvata dai passanti

CATANIA, PARLA IL PEDIATRA



«Io, picchiato, torno in reparto»

di Lara Sirignano

a pagina 20

di Federico Rota

Aveva appena ritirato la denuncia per maltrattamenti contro il marito. Ma se è ancora viva, una donna di 39 anni lo deve ai clienti del supermercato «Lido» di Seriate, Bergamo, che ieri l'hanno letteralmente strappata alla furia dell'uomo armato di coltello. Tra chi l'ha bloccato, e poi consegnato ai carabinieri che lo hanno arrestato, un militare dell'Esercito in borghese. La donna è grave.

a pagina 19

È LA PRIMA VOLTA



Suor Simona, prefetto vaticano

di Ester Palma

a pagina 21

Advertisement for Dacia Maraini's book 'Diario degli anni difficili' with an image of a woman on a swing.

Advertisement for Antiquorum watch store, featuring a luxury watch and contact information.

LA TECNOLOGIA

John Elkann nel cda di Meta "Azienda leader del XXI secolo"

GORIA, ROCIOLA - PAGINA 20



LOTTERIA ITALIA, I BIGLIETTI MILIONARI

- 1° - 5 MILIONI T173756 Somaglia (Lodi)
- 2° - 2,5 MILIONI T378442 Pesaro
- 3° - 2 MILIONI G330068 Palermo
- 4° - 1,5 MILIONI G173817 Torino
- 5° - 1 MILIONE S185025 Dolo (Venezia)

IL CALCIO

Milan, rivoluzione Conceição Inter ribaltata in Supercoppa

GUGLIELMO BUCCHERI - PAGINE 28 E 29



GZ CENTRI DENTALI ZAVAGLI
Un'alternativa italiana al servizio dentale
www.centridentali.com

LA STAMPA

MARTEDÌ 7 GENNAIO 2025

GZ CENTRI DENTALI ZAVAGLI
Un'alternativa italiana al servizio dentale
www.centridentali.com

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 159 II N.6 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

PALAZZO CHIGI NEGA LA FIRMA SUL CONTRATTO CON SPACE X. IL TYCOON: NOI PRONTI. SCHLEIN: "SVENDONO L'ITALIA"

Musk-Meloni, tensione Ue

L'Iran: Sala ha violato la legge islamica. No all'estradizione di Abedini, l'apertura degli Usa

IL COMMENTO

Elon alla Casa Bianca quel potere mai visto

ALAN FRIEDMAN

Che diavolo sta succedendo in questo strano ménage à trois tra Meloni, Musk e Trump? Meloni smentisce, ma da fuori sembra che stiano mescolando politica e affari. Sabato sera, quando la premier ha preso un aereo per Palm Beach, la stampa italiana ha descritto la missione a sorpresa, di cui il ministro degli Esteri non era stato informato, come un coraggioso tentativo da parte di Meloni di esercitare pressioni sul futuro presidente degli Stati Uniti a favore di Cecilia Sala. La questione iraniana è stata sicuramente discussa a Mar-a-Lago, ma dall'ottica dell'America la visita di Meloni si è distinta per altre ragioni. Per i media americani, Meloni è stata una dei pochi leader europei, come Viktor Orbán, a correre a Mar-a-Lago. E' evidente che Meloni è andata in pellegrinaggio anche a baciare l'anello al presidente eletto, per ingraziarsene i favori. Trump è parso felice di riceverla a Mar-a-Lago, anche se le ha fatto trascorrere metà del tempo a guardare un documentario complottista in difesa del principale artefice dell'insurrezione del 6 gennaio. -PAGINE 2 E 3



BARONI, BRESOLIN, MAGRÌ, MALFETANO, SIMONI

La smentita di Palazzo Chigi è netta, o almeno sembra: con Starlink non è stato firmato alcun contratto, né è stato concluso alcun accordo. La precisazione non soddisfa però le opposizioni. Intanto l'Iran nega qualsiasi collegamento tra l'arresto di Mohammad Abedini Najafabadi a Milano e la detenzione della giornalista italiana Cecilia Sala a Evin. -PAGINE 2-9

Prima viene la libertà poi discutiamo di metodi

Montesquieu

IL CASO DEI SERVIZI SEGRETI: VALENSISE IN POLE PER LA SUCCESSIONE

Tutte le liti nel governo dietro l'addio di Belloni

GRIGNETTI, LOMBARDO, LONGO

Le dimissioni della coordinatrice dei servizi segreti nei giorni di una delicata trattativa internazionale, condotta dall'intelligence e da tutto il governo, per arrivare alla liberazione della giornalista Cecilia Sala, detenuta senza ragioni dall'Iran, è un cratere istituzionale che in pochi minuti si riempie di indiscrezioni, sospetti, ombrescure verità ufficiali. -PAGINE 8 E 9

Modi e tempi sbagliati per l'Italia e per Cecilia

ALESSANDRO DE ANGELIS

Houston, we have a problem. Che riguarda il "che cosa" e il "come", il "che cosa" sono le dimissioni di Elisabetta Belloni dalla guida del Dis, con diversi mesi di anticipo rispetto alla scadenza naturale. Elisabetta Belloni è una civil servant, riconosciuta a livello nazionale e internazionale. Se lascia l'incarico, è accaduto qualcosa di non banale. -PAGINA 23

LE IDEE

L'amaro paradosso delle nostre tasse che puniscono i cittadini più deboli

CHIARA SARACENO

Il socialista Matteo e il liberale Einaudi condividevano l'idea che le tasse non solo fossero necessarie perché senza risorse non può esserci nessun programma di governo e non può essere raggiunto nessun obiettivo, ma fossero lo strumento per ridurre le disuguaglianze: non tanto tramite forme di redistribuzione diretta, che pure possono essere necessarie, quanto tramite un'offerta robusta di beni pubblici, di infrastrutture materiali e sociali. -PAGINA 23



LA SCUOLA

I professori anziani sfiniti dalle scartoffie

VALENTINA PETRI

C'è un lavoro che ti costringe ad andare in scena tutti i giorni, davanti al più spietato, al più scettico, al più implacabile pubblico che mai sia stato obbligato a sedersi per ore su delle sedie (non che sia sempre così e in effetti potremmo anche fare una riflessione su quanto sia opportuno stare seduti per ore a vedere che diavolo stia per inventarsi il tizio o la tizia che sta lì di fronte). È la tua classe. FORTE - PAGINE 18 E 19

IL DIBATTITO

Ecco perché da madre mi sono scoperta fragile

LAURA IMAI MESSINA

Ma mi sono sentita così fragile come da quando sono diventata madre. Bisogni che non percepisci sono fatti urgenti. -PAGINA 24

AUSTRIA. GOVERNO AL LEADER DI ULTRADESTRA KICKL



JOEL LAMAR / AFP

IN FUGA DALL'ETIOPIA, LEGATA E FRUSTATA IN LIBIA



NON MATTIA FERRARI

LA GEOPOLITICA

Dershowitz: "Donald si fida di Giorgia"

Francesco Semprini

Le antiche regole sugli scambi di ostaggi

Stefano Stefanini

BUONGIORNO

Fra le ragioni per cui la Corte d'appello di Cagliari chiede la decadenza di Alessandra Todde, cinque stelle, da pochi mesi presidente della Sardegna, c'è una bolletta della luce da 153 euro e 16 centesimi intestata alla medesima Todde anziché al suo comitato elettorale, come legge richiede. Le altre contestazioni sono un po' meno risibili ma della stessa natura, di scorretta rendicontazione, e ha detto bene l'ex parlamentare Elio Vito: è imperdibile lo spettacolo della politica impegnata a darsi regole, spesso contorte, per poi stupirsi di doverle rispettare. Anche Silvio Berlusconi votò la legge Severino e quando la Severino gli fu applicata, e lui decadde, alzò altissima la denuncia del complotto. Di buono c'è che toccherà all'assemblea - come nel caso di Berlusconi, e si fece l'impossibile perché l'aula del Senato gli ne-

Ti rendiconto

gasse ogni via di scampo - a decidere se accogliere o no la decadenza, e sarà magnifico vedere gli ex grillini salvare per mano politica la loro presidente condannata per mano giudiziaria. Di questa specie di grossolana nemesi è costellata la vita dei cinque stelle che, infatti, vissero ebbri il tempo in cui posavano dietro giganteschi assegni con la cifra rendicontata e resa. Giganteschi assegni inversamente proporzionali all'idea piccola piccola della politica che restituisce il malto. Fu indimenticabile il giorno in cui, oltre dieci anni fa, la capogruppo Roberta Lombardi sprofondò nel panico per aver smarrito gli scontrini che era tenuta a pubblicare su #tirediconto, a ragionieristica certificazione della sua moralità. Di piccineria si visse e non si morirà d'altro che di piccineria.

MATTIA FELTRI

DOMO BIANCA
MOLINI
Feste
domobianca365.it

CAFFÈ COSTADORO
TORINO 1820
SOLO NEI MIGLIORI BAR



Martedì 7 gennaio 2025

ANNO LVIII n° 5
1,50 €
San Raimondo
da Penafort
scandalo

Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

La visita lampo di Meloni in Usa RELAZIONI PREVENTIVE

ANDREA LAVAZZA

La brevissima visita a sorpresa di Giorgia Meloni al quartier generale del presidente americano entrante, a poche ore dall'arrivo in Italia del presidente uscente, e a due settimane dal passaggio di consegne tra i due, è stato un esercizio di alto equilibrio diplomatico, i cui frutti si vedranno sul medio periodo. Bisognava comunque salvare le apparenze, anche se per quattro anni non ci si dovrà più preoccupare dei democratici Usa, nell'urgenza di fare un passo in avanti nel caso di Cecilia Sala. Lo stretto riserbo che ha accompagnato il colloquio di 90 minuti fra la nostra premier e Donald Trump si giustifica in questa chiave - la famiglia della giornalista detenuta senza motivo in Iran ha chiesto il silenzio stampa - e lascia aperte le più fantasiose interpretazioni. L'unica indiscrezione, rilanciata dall'agenzia di stampa Bloomberg, solitamente poco avvezza a scopi inventati, riguarda un potenziale accordo con la società SpaceX di Elon Musk per una fornitura di servizi di comunicazione ad alta sicurezza dal valore di 1,5 miliardi. La discussione in casa nostra è subito divampata su questa circostanza, smentita dal governo, mancando probabilmente il punto essenziale del più vasto scenario di politica estera che il blitz di Meloni a Mar-a-Lago, Florida, solleva. Che tipo di relazione preventiva si sta costruendo con il campione dell'imprevedibilità e della disruption (la distruzione creativa) che preoccupa gran parte dei leader europei? Si è trattato del secondo incontro tra il capo dell'esecutivo e il tycoon dopo il faccia a faccia proppiziato dalla certimonia a Parigi per la riapertura della cattedrale di Notre-Dame.

continua a pagina 16

Editoriale

La crisi della rappresentanza politica IL TERZO PILASTRO DELLA DEMOCRAZIA

PAOLO VENTURI

La crisi della rappresentanza politica non è un tema nuovo, ma è sempre più acuta: una percentuale crescente di cittadini diserta le urne, mentre il distacco tra istituzioni e società si allarga pericolosamente. In questo vuoto si agita una democrazia che, ridotta al suo momento elettorale, perde il suo spessore deliberativo e partecipativo. I partiti, pilastri tradizionali della mediazione sociale, arrancano nel ricostruire fiducia e connessioni con le persone. Eppure, nel momento in cui Stato e Mercato faticano a rispondere alle crisi sistemiche - dalla pandemia alla transizione energetica, dalla crescente disuguaglianza alla povertà educativa - emerge con forza una terza via: il Terzo Pilastro. Più che un'angine alle inefficienze istituzionali, la società civile organizzata rappresenta oggi una delle poche infrastrutture capaci di rigenerare il capitale sociale e di alimentare quella fiducia di cui ogni democrazia si nutre. La sua forza non risiede solo nella capacità di "riparare" le falle del sistema, ma nel generare un valore che è al contempo economico, sociale e politico. E nei beni relazionali prodotti da associazioni, cooperative e imprese sociali che si trova la chiave per restituire senso al bene comune. Sono le iniziative e le organizzazioni radicate nei territori a riattivare, dal basso, processi che il sistema politico sembra ormai incapace di avviare. In questo contesto, la cittadinanza attiva si propone come il "Terzo Pilastro" della nostra società, accanto a Stato e Mercato. Come suggerisce Raghuram Rajan, la comunità è troppo spesso disincantata, da entrambi subordinata al mercato o strumentalizzata dalla politica, rischia di essere ridotta a un attore marginale.

continua a pagina 16

IL FATTO Al centro del colloquio in Florida il caso Sala, su cui l'Iran dice: «Non lasciatevi influenzare»

Servizi e segreti

Dopo il blitz della premier da Trump polemiche (e smentite) sul maxi appalto a Musk per l'uso dei "suoi" satelliti. Belloni lascia l'incarico di capo dell'intelligence italiana

L'AGENDA DEL 2025

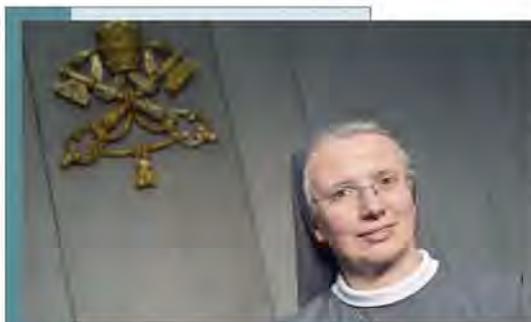
La maggioranza al test delle riforme

Il cantiere resta aperto, ma sono mutate le priorità: in attesa della Consulta sull'autonomia, il premierato potrebbe finire in coda per evitare la mina referendum. Fatti puntati allora sulla giustizia: la separazione delle carriere è in primo piano.

D'Angelo, Picariello e Spagnolo
a pagina 5

Circondata, com'è giusto che sia, dalla massima riservatezza sui contenuti al centro del colloquio con Trump, la visita lampo di Meloni dal futuro presidente americano ha moltiplicato le speculazioni sui quesiti "top secret": il caso Sala, che ieri ha visto il dietrofront dell'Iran - così come il possibile maxi accordo da 1,5 miliardi con Starlink di Elon Musk per l'utilizzo dei satelliti per le dc, smentito da Palazzo Chigi. E sempre in tema di intelligence, sono arrivate le dimissioni di Elisabetta Belloni, responsabile dei servizi segreti.

Alfieri, Campiti, napoletano, Spagnolo, Traboni alle pagine 2-4



5. SEDE Suor Brambilla prefetto alla Vita consacrata

La prima donna a capo di un Dicastero

Il Papa ha nominato il primo prefetto donna nella Curia Romana. Si tratta di suor Simona Brambilla che andrà a dirigere il Dicastero per gli Istituti di Vita Consacrata e le Società di Vita Apostolica, che la religiosa già conosce, essendo dal 2023 il segretario. Francesco ha nominato il prefetto dello stesso Dicastero il cardinale Ángel Fernández Artime, già rettore maggiore dei salesiani. Suor Brambilla compirà 69 anni il 27 marzo ed è stata la seconda donna a ricoprire l'incarico di segretario della Curia Romana dopo la nomina nel 2021 di suor Alessandra Smerilli al Dicastero per il servizio dello sviluppo umano integrale.

Capuzzi e Muelo a pagina 10

MINORI E DEGRADO Rossi Doria: ripristinare le risorse saltate con la manovra

Allarme povertà educativa «Serve chiarezza sui fondi»

DIEGO MOTTA

«È necessaria chiarezza sul Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile». Per Marco Rossi Doria, presidente dell'Impresa sociale Con i Bambini, «l'emergenza che abbiamo davanti è strutturale». Sul tavolo, ci sono gli 800 milioni garantiti negli ultimi otto anni ai progetti contro la dispersione scolastica e ai percorsi per adolescenti e minori. Il nodo resta il ripristino dei fondi saltati a sorpresa con l'ultima manovra.

Sartori a pagina 9

MATTARELLA A CAIVANO

«Quella visita inattesa del presidente: lo Stato c'è, non ci sentiamo più soli»

Ciociola e un intervento di Patriciello
a pagina 9

TRÄ KURSK E DONBRASS

Russia e Ucraina, doppia offensiva

Geronico a pagina 13



LA FIGLIA DI AMOS OZ

«Per fortuna mio padre non ha visto tutto ciò»

Capuzzi a pagina 6

LA STORIA

Lascia tutto e apre casa famiglia in Congo

Bernardini a pagina 11

Il tempo della felicità

La giovinezza è l'età più bella della vita. E questo, per lo meno, ciò che dicono i vecchi, e Quélet deve far parte della categoria, dato che con loro condivide questo luogo comune invitando i giovani a godere appieno della vita - nel tempo della giovinezza e dei capelli neri. A goderne prima che sia troppo tardi, prima che vengano i giorni in cui si dirà «non ci provo alcun gusto», prima di questa vecchiaia che egli descrive, con immagine suggestiva, come la sera quando le ombre si allungano (Qo 12,1-7). Per i giovani, pertanto, non c'è che un comandamento: «Godi, o giovane, nella tua giovinezza, e si rallegri il tuo cuore nei giorni della tua gioventù. Segui pure le vie del tuo

Quando viene la felicità

Adrien Candiard

cuore e i desideri dei tuoi occhi» (Qo 11,9). In questo talvolta viene vista, a torto, l'espressione di un edulcorato poco biblico, un incoraggiamento al piacere a tutti i costi, o addirittura un inno alla giovinezza. Quélet esprime, in realtà, una verità elementare: il tempo della felicità non è la giovinezza, ma il presente. L'avvenire è incerto, la felicità è fragile e spesso inspiegabile: bisogna afferzarla quando passa. Ma in che modo? A conclusione della sua ardua indagine, Quélet non lo chiarirà. Ma avere un cuore disponibile alla felicità è la sfida che si pone al profeta Geronimo, che così descrive l'uomo dal cuore indurito: «Sarà come un farnesio nella steppa; non vedrà venire il bene» (Ger 17,6) - quel massimo bene che è la felicità.

Agorà

POLITOLOGIA

Rischio nuovi fascismi Come proteggere le democrazie

Palano a pagina 19

ZOOLOGIA

Tutti gli animali della grande arca di Gerald Durrell

Strocquandini a pagina 20

ATLETICA

Cross, Campaccio Trionfo storico di Nadia Battocletti

Manenti a pagina 22

In edicola con Avvenire 3,4 euro

GIUBILEO, IL VOLTO DELLA SPERANZA

Cardini / Rovati / Roncalli / Verdoni

LUOGHI INFINITI

6 gen
2025

IN PARLAMENTO

S 24 ▲ **Manovra 2025/ Le principali misure per la sanità**

di *B.Gob.*

PDF

[Manovra 2025: le principali misure per la sanità](#)

La manovra di bilancio per il 2025 contiene un pacchetto consistente di misure per la sanità, che vanno da provvedimenti per il personale, in particolare del comparto e per i medici specializzandi, a una serie di rifinanziamenti (come il bonus psicologo) o finanziamenti ex novo come il Fondo per contrastare l'obesità. Tra le novità, anche i vincoli alla mobilità passiva tramite accordi bilaterali tra le Regioni, l'ulteriore allentamento del tetto di spesa per i privati accreditati e la scelta di istituzionalizzare la partecipazione delle associazioni di pazienti ai processi decisionali sulla salute. Non si allenta il payback sui dispositivi medici che invece attendono la nuova governance mentre le farmaceutiche ottengono solo un minimo ritocco alla scelta di spostare parte della remunerazione sui grossisti.



Di seguito la sintesi pubblicata dal ministero della Salute e in allegato la sintesi della redazione

Fondo sanitario nazionale

La manovra stanZIA ulteriori risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale che si aggiungono a quelle già assegnate dalla legislazione vigente. Nel complesso, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale passerà dai 136,5 miliardi del 2025 ai 141,3 miliardi del 2027.

Liste d'attesa

Al fine di ridurre i tempi di attesa, aumenta il limite di spesa per le Regioni nell'acquisto di prestazioni dal privato accreditato dello 0,5% per l'anno 2025 (61,5 milioni di euro) e dell'1% a decorrere dall'anno 2026 (123 milioni di euro annui).

Premialità alle Regioni adempienti alla riduzione delle liste d'attesa: 50 milioni di euro per l'anno 2025 e 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Livelli essenziali di assistenza

50 milioni l'anno, a decorrere dall'anno 2025, per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, compresa la revisione delle tariffe massime nazionali delle prestazioni assistenziali. Previsto anche il potenziamento del monitoraggio della spesa e le modalità di valutazione delle performance dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni.

Cure palliative

Anche nel 2025 aumenta di 10 milioni il Fondo per le cure palliative.

Personale

Rifinanziata l'indennità di pronto soccorso con un incremento delle risorse pari a 50 milioni di euro dal 1° gennaio 2025 (15 milioni di euro per la dirigenza medica e 35 milioni per il personale del comparto sanità) e ulteriori 50 milioni dal 1° gennaio 2026 (15 milioni di euro per la dirigenza medica e 35 milioni di euro per il personale del comparto sanità).

120 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 per migliorare il trattamento economico degli specializzandi: dall'anno accademico 2025/2026, aumenta del 5% la parte fissa del trattamento economico per tutte le specializzazioni e del 50% la parte variabile per le specializzazioni oggi meno attrattive.

Contratto di formazione specialistica, oggi corrisposto solo agli specializzandi medici, erogato anche agli specializzandi non medici.

Incremento dell'indennità di specificità per la dirigenza medica e veterinaria, dirigenza sanitaria non medica e infermieristica

Dal 2025 inoltre, flat tax al 5% sugli straordinari per gli infermieri.

Prevenzione

Rifinanziato il programma per lo screening al polmone. Le risorse sono finalizzate a incrementare il numero dei centri che fanno parte della rete della Rete Italiana Screening Polmonare al fine di garantire la più ampia copertura del territorio nazionale e l'ampliamento della platea di potenziali

beneficiari dell'iniziativa.

Si istituisce il Registro unico nazionale delle Breast Unit presso l'Istituto superiore di sanità, a decorrere dal 1° gennaio 2025, per la raccolta di tutti i dati provenienti dalle Breast Unit nel territorio nazionale e garantire la centralizzazione e l'analisi dei dati relativi alla diagnosi, al trattamento e al follow-up del carcinoma mammario.

Si istituisce il Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità con una dotazione di 1,2 milioni di euro per l'anno 2025, di 1,3 milioni di euro per l'anno 2026 e di 1,7 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027.

Si istituisce il Fondo per le dipendenze patologiche per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da dipendenze patologiche, con una dotazione pari a 94 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025.

Campagne di informazione e sensibilizzazione sullo svolgimento di test di riserva ovarica (0,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027).

Rifinanziamento del Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione - 500.000 euro per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027 - per lo svolgimento di campagne di prevenzione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Si prevede l'istituzione di un Fondo con una dotazione pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 per il finanziamento di iniziative, da attuare con appositi provvedimenti normativi, per la prevenzione e la lotta contro il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), il papilloma virus umano (HPV) e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale.

Lotta all'antimicrobico resistenza

Dal 2025, 100 milioni di euro dal Fondo per i farmaci innovativi per sostenere la produzione di farmaci utili a contrastare l'antimicrobico resistenza.

Malattie rare

Rifinanziato il Fondo per i test di Next-Generation Sequencing per la diagnosi delle malattie rare di 1 milione di euro per l'anno 2025.

Farmaceutica

Dal 2025 tutte le ricette saranno in formato elettronico.

Si estende al 2025 la sperimentazione della farmacia dei servizi.

Semplificazione stati invalidanti dei soggetti con patologie oncologiche già riconosciute

La semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap, fino al 31 dicembre 2025, si applica alle le visite di revisione delle prestazioni già riconosciute ai soggetti con patologie oncologiche.

Salute mentale

Aumentano le risorse per il bonus psicologico di 8 milioni di euro per l'anno

2024, di 9,5 milioni di euro per l'anno 2025, di 8,5 milioni di euro per l'anno 2026, di 9 milioni di euro per l'anno 2027 e di 8 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028.

Si istituisce il Fondo per il servizio di sostegno psicologico in favore degli studenti, con una dotazione di 10 milioni di euro per l'anno 2025 e di 18,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Piano pandemico nazionale 2025-2029

Il Piano viene finanziato con 50 milioni di euro per l'anno 2025; 150 milioni di euro per l'anno 2026 e 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

6 gen
2025

IN PARLAMENTO

S
24

Manovra 2025/ Aziende Ssn: dalla legge di bilancio nessuna misura fiscale a favore. E continua il ricorso alle 'imposte sostitutive' con i suoi effetti perversi

di Roberto Caselli

La Legge di Bilancio 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 20, G.U. del 31.12.24) approvata dal Senato con l'ennesimo voto di fiducia, non ha portato, come del resto ampiamente prevedibile, alcuna novità fiscale positiva per i bilanci delle Aziende del Ssn,

Mentre il disegno di legge presentava il testo diviso in titoli e in articoli (divisi a loro volta in commi) correttamente titolati, cosa che consentiva di concentrare l'attenzione su

argomenti specifici, il testo approvato prima dalla Camera e poi dal Senato, nella versione emendata in Commissione, presenta un articolato in due parti, con la prima composta da una sola sezione, un solo articolo e 908 commi distribuiti in 173 pagine, e la seconda costituita da una sola sezione con 21 articoli, tutti titolati, a loro volta divisi in commi.

Il commento sugli aspetti formali della Legge e sulla difficoltà di lettura appare superfluo.

Il Governo questa volta è intervenuto sull'Ires – imposta sul reddito delle società - riducendo l'aliquota dal 24% al 20%, solo per l'esercizio 2025, in



attesa della riforma fiscale, per una quota del reddito di impresa, vincolata a determinate condizioni, ma gli enti non commerciali ne sono esclusi (comma 436). Si accentua così la discriminazione fra sanità privata e sanità pubblica, anche nell'ambito di tale imposta, come se non bastasse quella macroscopica in materia di Irap: ricordiamo che il patrimonio immobiliare strumentale delle aziende pubbliche è colpito dall'Ires, mentre ne è esente quello delle imprese private.

Poteva essere l'occasione per eliminare la controversa e immotivata discriminazione fra aziende ospedaliere e aziende sanitarie territoriali in merito all'aliquota: mentre le prime usufruiscono della sua riduzione al 50%, nessun provvedimento è stato varato per una interpretazione autentica della Legge (punto a) dell'articolo 6 del Dpr 601/73) per riconoscerlo anche alle seconde, come auspicato da anni; considerando che si tratta della stessa tipologia di patrimonio imponibile, cioè quello strumentale per i presidi ospedalieri, per gli ambulatori e per gli uffici, sarebbe logico ed equo un identico trattamento, che l'Agenzia delle Entrate si ostina a negare (nonostante la copiosa giurisprudenza di merito e di legittimità); su questo tema nell'archivio di Sanità sono disponibili decine di servizi usciti negli ultimi vent'anni.

Neanche i Governi precedenti, peraltro, erano mai intervenuti su questo punto, assai controverso; ricordiamo che la discriminazione non è stata determinata da una Legge, ma da una Risoluzione ministeriale del 2002. La manovra contiene anche un'altra misura che può interessare anche, sia pure in casi limitati, la rivalutazione dei terreni e delle partecipazioni (comma 30), e che sarà oggetto di uno specifico commento nei prossimi giorni.

La flat tax sugli straordinari agli infermieri

Il comma 352 prevede che "I compensi per lavoro straordinario di cui all'articolo 47 del contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto sanità relativo al triennio 2019-2021, erogati agli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale, sono assoggettati a un'imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali con aliquota pari al 5 per cento. L'imposta sostitutiva di cui al primo periodo è applicata dal sostituto d'imposta ai compensi erogati a decorrere dall'anno 2025".

Le organizzazioni sindacali del settore hanno accolto con molto favore la decisione di tassare gli straordinari con una imposta sostitutiva (flat tax) del 5% e ciò viene da loro considerato un primo passo molto positivo per premiare poi anche l'impegno dei medici e degli altri operatori sanitari.

Nessun dubbio che gli infermieri meritassero un riconoscimento economico a fronte del loro impegno, ma a parere di chi scrive, non occorre derogare anche questa volta dalla Costituzione, venendo meno a due articoli fondamentali: quello dell'uguaglianza dei cittadini davanti alla Legge (art. 3)

e quello sulla progressività della tassazione (art. 53).

È molto preoccupante che ministri che hanno giurato sulla fedeltà alla Costituzione continuino a violarla con disinvoltura.

Anche in questo caso sarebbe bastato riconoscere un compenso lordo più alto (da coprire con maggiori finanziamenti al Ssn) in modo da accreditare lo stesso importo netto con il trattamento fiscale ordinario, e lo Stato avrebbe recuperato il maggior costo con maggiori entrate erariali.

Il problema vero, occorre sottolineare, non è tanto quello di pagare meglio gli infermieri, come pure i medici e gli altri operatori sanitari, ma finanziare assunzioni adeguate per coprire i vuoti creatisi negli ultimi anni, evitando cioè che gli stessi siano obbligati a lavorare con orari insostenibili, che a lungo andare possono incidere negativamente con la qualità dell'assistenza. Questo escamotage costituisce comunque un ulteriore brutto precedente che potrà indurre, in futuro, altre categorie di lavoratori, pubblici o privati, magari invocando l'art. 3 della Costituzione (quello dell'uguaglianza fra i cittadini davanti alla Legge), lo stesso trattamento fiscale riconosciuto al personale infermieristico in questa occasione. Già la stessa Legge di Bilancio prevede un analogo trattamento, per il triennio 2025-2027, per i premi di produttività delle Imprese (comma 385) e inoltre, sia pure per nove mesi, nel settore turistico, ricettivo e termale (comma 395); innalza inoltre da 30.000 a 35.000 euro il reddito tassato ai fini Irpef, per lavoro dipendente o da pensione nell'anno precedente, che consente ai percettori di usufruire del regime forfettario per attività d'impresa e di lavoro autonomo (comma 12).

Il crescente ricorso alla flat tax

Nel dibattito relativo alle misure fiscali da adottare con la Legge di Bilancio, era stata invocata, specialmente da una forza di Governo, un aumento della soglia massima di fatturato (ora di € 85.000), per i contribuenti che già usufruiscono della flat tax al 15%; dopo ampie discussioni nell'ambito della maggioranza, peraltro al di fuori delle aule parlamentari, la proposta non è passata.

Purtroppo questa tassazione, sostitutiva di quella ordinaria, non è stata introdotta per favorire le categorie di cittadini più fragili, ma al contrario soprattutto quelle economicamente più forti, oppure a particolari categorie di lavoratori autonomi.

Si tratta di un'anomalia, quella delle ormai numerose forme di flat tax, cioè di tasse "piatte", vale a dire con aliquote fisse, indipendenti dal reddito complessivo, che ci allontanano sempre più dal dettato costituzionale, che prevede, come già sottolineato, la progressività delle imposte.

Ricordiamo che il criterio della progressività è attualmente seguito solo per l'Irpef (con un'aliquota massima del 43% per i redditi oltre 50.000 euro, contro quella del 72% prevista inizialmente dalla riforma fiscale del 1973 per i redditi oltre 500 milioni di lire), per cui riguarda essenzialmente i redditi di lavoro dipendente, quelli da pensione e una parte dei redditi da locazione di

fabbricati (quelli cioè derivanti da locazione di immobili ad uso commerciale o a uso abitativo nel caso che i proprietari abbiano rinunciato alla “cedolare secca”), e dal reddito delle imprese individuali. Con questa legge di Bilancio è stata confermata al 35% l’aliquota sullo scaglione da 28.000 a 50.000 €.

Per tutti gli altri redditi sono in vigore aliquote “piatte”, sostitutive dell’Irpef e delle relative addizionali comunali e regionali (nonché delle imposte di registro e di bollo per le locazioni ad uso abitativo), che variano dal 10% al 26%, al di sotto cioè dell’aliquota minima prevista per l’Irpef.

In concreto, facendo un quadro semplificato, si parte dall’aliquota del 5% sui ricavi delle nuove attività di lavoro autonomo, e sugli straordinari degli infermieri, del 10% sui redditi da locazione immobili a uso abitativo, con canone concordato, stipulati attraverso accordi specifici fra organizzazioni di proprietari e inquilini, in comuni con carenze di disponibilità abitative e si arriva all’aliquota del 26% per i redditi da partecipazioni societarie, ed investimenti finanziari (Fondi, azioni, obbligazioni).

Altre aliquote per l’imposta “piatta” che interessano una platea importante di contribuenti, sono quella del 12,5% sulle rendite da titoli di Stato ed equiparati e quella del 15% sui ricavi da impresa, arti e professioni (fino al limite di 85.000 € di incassi), quella del 18% sulla rivalutazione di terreni e partecipazioni.

Una vera e propria giungla fiscale

Trattandosi di imposte sostitutive dell’Irpef e delle relative addizionali, i beneficiari non possono dedurre alcuna spesa, in quanto definita in via forfettaria per ogni singola tipologia di attività, né usufruire di detrazioni di imposta in misura fissa, né di deduzioni dal reddito; se usufruiscono contemporaneamente di reddito da lavoro dipendente o da pensioni, eventuali deduzioni e detrazioni potranno essere usufruite nei limiti di queste ultime tipologie di reddito ai fini Irpef.

Ricordiamo che i redditi assoggettati a Irpef sono tassati anche dalle addizionali comunali, che variano da 0,1% allo 0,80% (salvo deroghe) e quelle regionali che variano da un minimo dell’ 1,23% a un massimo del 3,33%; in presenza di gravi disavanzi nel settore sanitario, l’aliquota può essere maggiorata dalle Regioni fino allo 0,30%.

Gli effetti perversi della flat tax

Appare opportuno spiegare con esempi pratici quali sono gli effetti concreti di questa particolare forma di tassazione, che oltre a costituire un grave vulnus della Costituzione, costituisce un grosso volano di crescita dell’evasione fiscale e contributiva.

L’idea che se le aliquote delle imposte fossero più basse i contribuenti evaderebbero di meno è una favola che si sente ripetere da decenni da alcune formazioni politiche; chi, come chi scrive, ricorda le vecchie imposte “ante riforma fiscale del 1973”, sa bene che, per fare un solo esempio, l’I.G.E., imposta generale sui consumi - sostituita nel 1973, sia pure con un

meccanismo diverso, dall'attuale IVA - che colpiva ogni passaggio di beni o di servizi, prevedeva un 'aliquota del 3% (che solo negli ultimi anni di applicazione venne elevata prima al 3,3% e poi al 4%), la sua evasione era diffusissima.

Non c'è niente da fare; nel nostro Paese (ma non solo) chi propende per sfuggire al Fisco ha cercato sempre espedienti per pagare il meno possibile, non sentendosi moralmente impegnato a contribuire agli ingenti costi del Paese, magari incoraggiato da slogan usati, in un passato non molto lontano da nostri Presidenti del Consiglio, come "frugare nella tasche degli italiani" e in tempi più recenti da "pizzo di Stato".

La "scienza delle finanze" che per decenni, anzi per secoli, ha studiato gli effetti di ogni singola imposta o tassa, per evitare discriminazioni fra contribuenti e distorsioni della concorrenza, è stata messa da parte, lasciando spazio all'improvvisazione e all'incompetenza, considerate ormai delle virtù, e così è nato un meccanismo fiscale che disincentiva l'aumento del volume di attività dei singoli. Ad esempio i contribuenti beneficiari del regime forfettario che superassero il tetto fissato - per il 2025 - per ricavi o compensi di 85.000 € perderebbero ogni beneficio.

In concreto un lavoratore autonomo o un piccolo imprenditore, se sono in procinto di superare tale tetto, sono fortemente disincentivati a continuare la propria attività fino alla fine dell'anno, a meno che non lavorino "a nero" oppure, nella migliore delle ipotesi, rinviino il momento dell'incasso a anno nuovo. In questi i casi l' Erario non incassa niente o incassa con un anno di ritardo.

Il regime forfettario, oltre a costituire una poco comprensibile sperequazione a danno dei lavoratori dipendenti e dei pensionati, provoca anche una sorta di "indotto" di evasioni e di elusioni da parte dei soggetti (altri lavoratori autonomi, piccoli imprenditori, ma anche società), che forniscono beni o servizi al contribuente forfettario, che usufruendo di una detrazione percentuale fissa a fronte dei propri costi, non è tenuto a documentarli, per cui può esser indotto a non chiedere la fattura, risparmiando l'Iva, per lui non detraibile, e forse per usufruire di uno sconto.

Il rischio di incoraggiare l'evasione sanitaria. La scelta del regime forfettario fa perdere al contribuente la possibilità di una serie di deduzioni o detrazioni, che con il regime normale possono ridurre notevolmente il suo carico fiscale. Non gli servirà più, per esempio, la fattura dei medici specialisti e di odontoiatri, che peraltro capita spesso che proponano al cliente uno sconto, pur di non rilasciarla.

L'evasione nel settore sanitario, forse la più odiosa, visto che si basa sulla dipendenza psicologica dei pazienti nei confronti dei medici, rischia così di essere incoraggiata; la stessa evasione dell'imposta di bollo, per le fatture superiori a € 77,47 è ampiamente diffusa, ma quella sull'imposta sul reddito,

va ad incidere, il più delle volte, sull'aliquota marginale del 43%, oltre alle addizionali regionali e comunali, con grave danno per l'Erario.

In pratica non serve più, al contribuente forfettario in regime di flat tax, neanche la fattura per la ristrutturazione del proprio appartamento, o semplicemente per il rifacimento di un bagno o per una porta blindata; sarà indotto a risparmiare l'Iva ed a ottenere uno sconto, visto che non potrà più contare sulla detrazione fiscale, sia pure diluita in dieci anni.

A loro volta chi accetta di fornire beni o servizi senza fatturazioni e con fatturazioni ridotte, è indotto a ridurre i propri costi evitando di chiedere fattura per l'acquisto di beni o servizi.

E così via. Mi fermo qui perché non vorrei, con questa critica, dare altre idee per evadere il fisco... Un altro aspetto estremamente negativo della flat tax è quello per cui i cittadini, per la quota di reddito soggetto alla stessa, non sono soggetti alle addizionali regionali e comunali, per cui pur essendo beneficiari di tutti i servizi loro forniti dalla propria Regione e dal proprio Comune, ma non contribuiscono affatto ai costi relativi. Ed anche quando una Regione è costretta ad aumentare l'addizionale per far fronte ai disavanzi della sanità pubblica, loro non ne sono toccati minimamente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL RAPPORTO

“Feudale e discriminatoria” l'accusa di Lancet alla sanità

Disparità tra Nord e Sud, iniquità delle cure, flop di medicina digitale e ricerca

La rivista avverte: con l'autonomia differenziata sarà anche molto peggio

di Elena Dusi

ROMA – Disparità tra Regioni ricche e povere, iniquità delle cure, fallimento della medicina digitale. Di tutto l'Italia ha bisogno in questo frangente tranne che dell'autonomia differenziata. Una bandiera tricolore si staglia sulla copertina di *The Lancet*, con uno sfondo di nuvole, ad accompagnare l'editoriale che la rivista internazionale di medicina, nella sua sezione europea, dedica al nostro Paese.

Il j'accuse “Il sistema dei dati sanitari italiani non funziona” è rivolto contro una sanità spezzata, con le Regioni che non riescono nemmeno a comunicarsi dati e informazioni utili a curare i pazienti, figuriamoci a muovere in avanti la ricerca. L'Italia si ritrova immersa in una sorta di feudalesimo in cui «ospedali e strutture sanitarie si affidano a sistemi di raccolta dei dati incompatibili fra loro e vetusti, che rendono impossibile il trasferimento di referti e immagini diagnostiche anche all'interno di una stessa città».

Ogni anno la necessità di ripetere gli stessi esami due volte – perché un paziente viene curato in strutture o Regioni diverse, incapaci di leggere l'una i referti dell'altra – costa all'Italia 3,3 miliardi, spiega Pooja Jha, direttrice di *Lancet Regional Health-Europe*. Né la fram-

mentazione della sanità italiana permette di fare ricerca su grandi numeri di pazienti. Il numero di studi scientifici autorizzati oggi, ricorda la rivista medica, è il 15% rispetto al 2009.

Su questo panorama già parcellizzato incombe la riforma dell'autonomia differenziata, che «minaccia di peggiorare la situazione, acuendo le disparità tra le Regioni». Non è un caso che le 7 Regioni oggi sottoposte a un piano di rientro delle spese sanitarie siano tutte al Centro-Sud (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia) e che il rispetto dei livelli sanitari di assistenza sia garantito solo in Regioni del Centro-Nord (unica eccezione la Puglia).

L'alba del problema della raccolta dei dati era emersa con il Covid, con alcune strutture sanitarie che scrivevano le informazioni sui contagi a mano, su moduli di carta. «Ancora oggi il fascicolo sanitario in Italia è gestito dalle Regioni in modo autonomo e disomogeneo» lamenta Raffaele Bugiardini, professore di cardiologia dell'università di Bologna e segretario della commissione di *Lancet*, sulle disparità di trattamento delle malattie cardiovascolari. Questo impedisce a uno studio scientifico di estendere i suoi orizzonti al di là di poche migliaia di pazienti. Né permette a un paziente che decida di curarsi in un'altra Regione o che finisca in pronto soccorso di utilizzare diagnosi ed esami effettuati in passa-

to. «E sicuramente un'anomalia» secondo Bugiardini. «I paesi del Nord Europa hanno una banca dati centrale consultabile da ciascun medico autorizzato».

Oggi vediamo i frutti di questo spezzettamento nel mancato decollo del fascicolo sanitario elettronico, lo strumento che secondo *Lancet* potrebbe finalmente unificare la storia di un cittadino per quanto riguarda malattie, esami e terapie. Ma che «resta largamente inapplicato» per «l'estesa autonomia che permette alle Regioni di agire indipendentemente, con frammentazioni e inefficienze». Spiega Bugiardini che «gestire la sanità vuol dire gestire molti soldi. È chiaro che le Regioni non vogliono cedere questo potere».

Per la sanità digitale, ricorda la rivista, l'Italia ha speso 1,8 miliardi nel 2022: il 7% in più dell'anno precedente. «Ma resta un mistero se questi fondi siano stati spesi e come siano stati usati». Sta di fatto, fa sapere la Fondazione Gimbe, che monitora e diffonde i dati sul sistema sanitario italiano, che «al 31 agosto 2024, il 41% dei cittadini ha espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti sanitari da parte dei medici». In 284 mila hanno invece chiesto di non veder compilato il proprio fascicolo, raggruppandosi in un movimento che, sulla scia dei No Vax, ha paura della “dittatura sanitaria”. Più che una dittatura, in realtà, la sanità italiana sembra una barca in cui ognuno rema in una direzione diversa.

I numeri

3,3

Gli esami duplicati

Ogni anno in Italia si spendono 3,3 miliardi di euro per esami che un paziente aveva già svolto altrove, ma che non possono essere consultati in modo digitale

1,8

L'informatizzazione

Nel 2022, ricorda *Lancet*, l'Italia ha speso 1,8 miliardi per la sanità digitale, il 7% in più dell'anno precedente. «Ma non è chiaro se e come i soldi sono stati usati»

41%

L'adesione al fascicolo sanitario

Al 31 agosto 2024 il 41% degli italiani aveva dato il consenso alla consultazione del proprio fascicolo sanitario elettronico da parte di tutti i medici italiani

35%

Gli anziani

Nel 2050 la popolazione italiana sarà scesa da 59 a 54 milioni. Il 35% dei cittadini avrà più di 65 anni, mentre i ragazzi al di sotto dei 14 anni saranno solo l'11,7%



6 gen
2025

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Anelli (Fnomceo) su editoriale The Lancet: “Serve un ruolo forte del Ministero della Salute”

«Contro i rischi dell'autonomia differenziata, l'antidoto è sempre lo stesso: un ruolo più forte del ministero della Salute, che metta in atto politiche per appianare le disuguaglianze e uniformare i sistemi di raccolta dei dati. E, questa volta, non siamo solo noi a dirlo, ma l'editoriale di [The Lancet Regional Health Europe](#)». Così il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Filippo Anelli, commenta l'editoriale, apparso sull'ultimo numero della rivista, che mette in evidenza uno dei punti deboli del sistema di cure in Italia: la frammentarietà dei sistemi di raccolta e condivisione dei dati sanitari. Alla radice, “l'ampia autonomia regionale, con 20 regioni che operano in modo indipendente e implementano politiche e tecnologie diverse, creando frammentazione normativa e inefficienze”. E implementando la mobilità sanitaria, con cittadini che si spostano da Sud a Nord per curarsi e con un ulteriore effetto collaterale: la duplicazione degli stessi esami, perché le infrastrutture elettroniche delle diverse Regioni non sono in grado di dialogare tra loro, con conseguente spreco di risorse. «A volte i dati non sono leggibili all'interno di una stessa Asl, ad esempio tra ospedale e territorio o tra due ospedali, a tutto discapito dei cittadini e di un appropriato uso delle risorse. E anche la ricerca ne risente, non potendo utilizzare tutti i dati disponibili. Da qui la richiesta di un'iniziativa politica forte a livello nazionale – aggiunge Anelli - che la Fnomceo chiede da tempo, per colmare le disuguaglianze. E la riforma sull'autonomia differenziata, come rileva lo stesso editoriale, non farà che peggiorare le cose, in assenza di questo correttivo».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL REPORT

Spesa sanitaria sempre più verso i privati

ANDREA CAPOCCI

■ Tra il 2022 e il 2023 la spesa sanitaria pubblica è cresciuta del 2%, arrivando a toccare quasi 133 miliardi di euro. Quella privata, cioè sostenuta direttamente dai cittadini e rendicontata attraverso la tessera sanitaria, ha superato i 43 miliardi, con una crescita oltre tre volte più veloce (+7%). Sommando tutte le componenti, nel 2023 la spesa sanitaria totale ha raggiunto i 176 miliardi di euro. Tra il 2016 e il 2023 il peso della spesa privata sul totale è salito dal 20 al 25%. Sono alcuni dei numeri contenuti nel rapporto annuale «Il monitoraggio della spesa sanitaria» pubblicato dalla Ragioneria generale dello Stato. I numeri mostrano come il Servizio sanitario nazionale faccia fatica a coprire tutti i bisogni di salute della popolazione, nonostante la crescita in termini nominali. E le cifre del rapporto offro-

no solo una visione parziale: oltre ai cittadini che hanno potuto pagare cure private di tasca loro, le periodiche rilevazioni dell'Istat segnalano una quota crescente di cittadini, quantificati in circa 2 milioni di famiglie, che al contrario hanno scelto di rinunciare alle cure.

È istruttivo leggere le componenti della spesa privata che sono cresciute più velocemente. L'aumento maggiore tra il 2022 e il 2023 è riguarda la spesa per la salute mentale. I pagamenti agli psicologi sono aumentati del 19% in 12 mesi e sono quasi triplicati tra il 2016 e il 2023, anche se con 1,2 miliardi di euro rappresentano meno del 3% della spesa totale. Sono in rapida crescita anche le spese per visite e interventi in strutture private non accreditate, salite del 15% in dodici mesi e passate in sette anni da 3 a 7 miliardi di euro. Ora pesano il 17% del totale. Le altre voci rilevanti della spesa privata sono i farmaci (28%), le struttu-

re sanitarie accreditate (18%) e le cure odontoiatriche (14%).

Al settore privato va anche una fetta importante della spesa pubblica. La componente per i «consumi intermedi» (tra cui medici e infermieri in subappalto e i farmaci) è aumentata assai di più delle spese per il personale pubblico e della spesa sanitaria complessiva. Mentre tra il 2014 e il 2023 il costo del personale dipendente è salito del 12%, quello dei consumi intermedi è cresciuto del +43%. Ne hanno beneficiato soprattutto le case farmaceutiche: i soldi versati loro dalle regioni per l'acquisto di farmaci sono infatti aumentati del 64% nel periodo 2014-2023. Notevole l'eccezione della Toscana, dove l'incremento si è fermato al 34%. I numeri confermano che il ricorso alla sanità privata accreditata varia molto da regione a regione. In questa classifica spiccano il Lazio, che destina alle «prestazioni sociali da privato» il 29% della bud-

get, e la Lombardia (27%): entrambe investono nelle strutture convenzionate più denaro che nel personale pubblico mentre nelle altre Regioni il rapporto è invertito. Tra quelle più grandi, spendono molto meno per il privato accreditato la Toscana (11%), l'Emilia-Romagna (16%) e il Veneto (17%).



L'EMERGENZA

Calci e pugni ai medici la nuova legge non basta “Noi sempre in pericolo”

di **Michele Bocci**, Roma
Antonio Di Costanzo, Napoli

L'anno degli ospedali italiani comincia come era finito quello precedente, con le aggressioni al personale sanitario. A Catania, Roma e Napoli medici e infermieri sono stati picchiati da parenti di persone in attesa. In un caso è scattato l'arresto in flagranza differita, introdotto di recente dal governo anche per il reato di lesioni a chi lavora in sanità. L'esecutivo ha anche alzato le pene, per i danni alle persone e alle cose. «Non basta, bisogna cambiare l'organizzazione, rinforzare gli organici», attaccano i sindacati degli ospedalieri, che denunciano come il personale sia sempre in pericolo. Il presidente della Federazione degli Ordini dei medici, Filippo Anelli, ribadisce: «Il problema non si risolve senza interventi strutturali che colmino le carenze di personale e garantiscano condizioni di lavoro sicure».

Ogni giorno nel nostro Paese ci sono undici violenze fisiche contro il personale sanitario, cioè in tutto 4.100. Se si contano anche quelle verbali si sale addirittura a 16 mila, come rilevato dal ministero della Salute, che ha analizzato quanto avvenuto nel 2023 nei pronto soccorso, ma anche nelle psichiatrie, negli ambulatori e nei reparti.

Angela Aruta, 41 anni, è la donna arrestata in flagranza di reato differito dai carabinieri dopo aver minacciato e picchiato nell'ospedale Cotugno di Napoli una dottoressa di 39 anni sabato scorso. Si trova ai domi-

ciliari in attesa di giudizio. Aveva accompagnato uno zio in ospedale per dolori alle gambe quando, stanca di aspettare, ha minacciato insieme ad altre due donne (denunciate) la dottoressa, poi l'ha colpita violentemente al petto e le ha tirato i capelli. Così il pronto soccorso è rimasto bloccato per circa un'ora. Per questo, oltre che di lesioni, violenza e minaccia a personale sanitario, l'arrestata dovrà rispondere anche di interruzione di pubblico servizio. Per la vittima un forte stato di shock e 5 giorni di prognosi.

Scena simile e quasi contemporanea è avvenuta al Cto di Napoli, dove un uomo in codice verde ha preso delle forbici da un carrello e ha minacciato il personale sanitario. Si è arrabbiato perché gli infermieri avevano chiesto al figlio che lo accompagnava di aspettare in sala di attesa e non nel pronto soccorso. Dopo le minacce il 65enne ha sferrato un calcio in pieno petto a un infermiere. È stato denunciato.

Per il presidente dell'Ordine dei medici di Napoli, Bruno Zuccarelli, il problema è legato anche «alla mancanza di una figura di raccordo tra i familiari e il paziente, soprattutto nelle strutture di emergenza, che comunichi quello che sta accadendo. Ma il fenomeno nell'ultimo periodo si è ridotto grazie a telecamere, posti di polizia, dove ci sono, e all'arresto in flagranza differito. Resta il problema della mancanza degli operatori».

La violenza è esplosa anche a Catania, contro due pediatri dell'ospede-

dale, colpiti da un uomo che voleva far ricoverare un bambino. Accompagnava i genitori del paziente, non è stato riconosciuto perché aveva il volto coperto e si è allontanato. Le telecamere nel pronto soccorso non ci sono. Pierluigi Smilari, questo il nome del pediatra «è stato massacrato – dice il suo avvocato, Francesco Siracusano – gli hanno rotto la parte alta del naso e l'hanno preso a calci in faccia mentre era a terra. Colpito anche il suo collega, Piero Pavone, che è intervenuto per aiutarlo e si è ritrovato con due denti in meno per un pugno». E giovedì scorso nel pronto soccorso dell'ospedale Pertini di Roma una donna ha aggredito con calci e pugni il personale sanitario perché voleva essere ricoverata. Ma gli esempi sono tanti, come visto più di dieci al giorno, e raccontano storie molto simili.

Dal sindacato Anaa, il principale degli ospedalieri, Piero Di Silverio dice che l'inasprimento delle pene e il riconoscimento della flagranza differita non bastano. «Il problema è più profondo. Perché aumentando le pene o prevedendo l'arresto non si ferma chi dà in escandescenze dopo otto ore al pronto soccorso». Secondo il sindacalista «serve un'azione di riavvicinamento dei medici ai pazienti e soprattutto una riorganizzazione. Molte aggressioni sono legate alle lunghe attese al pronto soccorso, magari perché senza filtri, con pazienti, accompagnatori e infermieri tutti in un unico ambiente».

Violenze negli ospedali di Roma Napoli e Catania
La protesta: “Più filtri nei pronto soccorso e serve rinforzare gli organici”

I numeri

4.100

Le aggressioni

Quelle fisiche al personale sanitario sono undici al giorno. Il numero totale sale a 16 mila se si considerano anche quelle verbali

5

Gli anni di reclusione

Il limite massimo di anni di reclusione per chi provoca lesioni al personale sanitario o danneggiamenti alle strutture

48

Le ore per la flagranza

Chi provoca lesioni al personale sanitario può essere arrestato, in base alla flagranza differita, entro due giorni dal fatto



Pubblicità per denunciare i medici, si muovono gli Ordini

Il richiamo del Consiglio forense dopo la scoperta dei volantini negli ospedali. Anelli (Fnomceo): lesivo

ROMA «Se vuoi essere risarcito del danno rivolgiti a noi. Ci pagherai solo se vinceremo la causa». Semplificando, è scritto proprio così sulle pubblicità che invitano i pazienti a intentare una causa contro il medico o la struttura sanitaria, presunti responsabili di cure sbagliate. I volantini sono affissi perfino sulle bacheche degli ospedali, anche davanti a reparti critici come la rianimazione. E si può immaginare quanto possano condizionare l'atteggiamento di familiari più che mai influenzabili in quei momenti di dolore, portati a credere che la perdita del loro caro sia dovuta a «malasanità».

Pratica scorretta secondo il Consiglio nazionale forense (Cnf) che con una delibera ha chiesto agli ordini degli avvocati di vigilare «in modo puntuale sulla condotta dei propri iscritti sotto il profilo della violazione delle regole deontologiche».

Il richiamo è la risposta alla segnalazione, non la prima del genere, inviata dalla federazione nazionale ordini dei medici Fnomceo al Cnf sull'ennesimo caso di pubblicità scorretta. Nella lettera si cita una società che offre servizi di consulenza e assistenza gratuiti «a chiunque abbia subito un danno per errore medico». Basta aprire Google per scoprire decine di studi legali specializzati nella difesa del paziente.

Viene contestata la modalità con cui la tutela è proposta: «Il compenso legato al risultato è lesivo del decoro e della dignità della professione forense in quanto espressione di un'informazione suggestiva», attacca Filippo Anelli presidente Fnomceo, grato al Cnf per aver condannato «un sistema di accaparramento della clientela».

Deriva anche da qui la cosiddetta medicina difensiva. Per ripararsi da eventuali de-

nunce, il medico è portato a prescrivere visite ed esami inappropriati per un costo superfluo di 11-13 miliardi di euro all'anno. E le liste di attesa si allungano. Anaa, l'associazione dei medici ospedalieri, fa i conti. Ogni anno in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali, mentre ne giacciono 300 mila nei tribunali. Oltre la metà sono in corso tra Lombardia e Lazio. Ma nel 97% dei casi (nell'ambito penale) si traducono in un nulla di fatto e con il proscioglimento.

I costi ricadono su tutti i cittadini, spesso costretti ad aspettare per una colonscopia o un controllo dal gastroenterologo tempi più lunghi di quanto preveda il livello di criticità della loro patologia. Il capo dello Stato Sergio Mattarella, nel discorso di fine d'anno, lo ha elencato tra i maggiori problemi del Paese: «Vi sono liste di attesa per esami che se tempestivi possono

salvare la vita». Il ministro della Salute Orazio Schillaci ha puntato il dito sulle Regioni che non utilizzano i fondi stanziati per il taglio delle code.

Difende il servizio sanitario pubblico Giovanni Migliore, presidente di Fiaso, la federazione della aziende ospedaliere: «Non è vero che 4,5 milioni di italiani devono rinunciare alle cure. È più corretto dire che hanno dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria, ben diverso». Migliore stigmatizza ancora: «Molte ricette di specialistica ambulatoriale non sono giustificate se non dal timore del medico di essere chiamato un giorno in tribunale per non aver ritenuto opportuno di prescrivere una Tac».

Margherita De Bac



Su Corriere.it

Leggi tutte le notizie e gli aggiornamenti più importanti con foto, video e contenuti esclusivi sul sito del Corriere

Medicina difensiva

Per tutelarsi da denunce i dottori sono portati a prescrivere visite e esami superflui

La scheda

- Online e negli ospedali ci sono varie pubblicità per intentare cause contro i medici in caso di errori

- «Paghi solo se vinciamo la causa», dicono i volantini anche in Rianimazione

- Dopo la denuncia dell'Ordine dei medici, replica quello degli Avvocati



FACT-CHECKING

“Liste d’attesa, 1 miliardo in più”: ma è una bufala

» Nicola Borzi

La dotazione dedicata alla sanità aumenta anche nell’ultima manovra. Abbiamo portato lo stanziamento per lo snellimento delle liste d’attesa dallo 0,3% del Fondo sanitario nazionale allo 0,4 per il 2024 e allo 0,7 per il 2025. In concreto si tratta di quasi un miliardo dedicato”. Ha fatto scalpore l’intervista rilasciata l’altro ieri al *Corriere della Sera* da Marcello Gemmato, sottosegretario alla Salute di Fratelli d’Italia. Ma, secondo alcuni tecnici, è una bufala.

Il primo a smentire Gemmato è lo stesso ministero della Salute. Secondo il sito web del dicastero, aggiornato al 30 dicembre, nella legge di bilancio 2025 per le liste d’attesa “aumenta il limite di spesa per le Regioni nell’acquisto di prestazioni dal privato accreditato dello 0,5% per il 2025 (61,5 milioni) e dell’1% a decorrere dal 2026 (123 milioni annui)”. Quanto alla “premieria alle Regioni adempienti alla ridu-

zione delle liste d’attesa” la manovra ha stanziato “50 milioni per il 2025 e 100 milioni annui dal 2026”. Le cifre ufficiali del ministero di Orazio Schillaci sono lontane dunque dal miliardo di cui parla Gemmato.

IL FINANZIAMENTO per snellire i tempi della sanità pubblica, uscito dalla manovra, pareva essere confluito nel decreto Milleproroghe. In merito, c’è una norma all’articolo 4 del Dl pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 27 dicembre: le Regioni e province autonome possono “incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l’anno 2025, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità dipendenti dei medesimi enti e aziende nel limite degli importi lordi indicati... pari complessivamente a 143,5 milioni, di cui 101.885.000 euro per i dirigenti medici e 41.615.000 euro per il personale sanitario del comparto sanità”. Gli oneri derivanti sono calcolati in 31,4 milioni

per il 2025 e 3 milioni per il 2026. Non sono dunque 955 milioni pari allo 0,7% del Fondo sanitario nazionale 2025 che è di 136,5 miliardi.

Il *Fatto* nei giorni scorsi ha chiesto lumi tanto alla segreteria del sottosegretario Gemmato quanto all’ufficio stampa del ministero della Salute, senza però ottenere alcuna risposta di merito. Ma la questione ha già sollevato le risposte stizite delle Regioni, che dopo l’intervista di Gemmato al *Corriere* sono chiamate in causa in quanto destinatarie della ripartizione dei fondi per ridurre le liste di attesa. Secondo Simone Bezzini, assessore alla Salute della Toscana, “bisogna dire le cose come stanno e non creare false aspettative. Salvo che non ci sia sfuggito qualcosa, tale previsione non risulta né dalla legge di bilancio né dal decreto Milleproroghe. Lo 0,7% era presente in alcune bozze del “milleproroghe” circolate nei giorni scorsi, ma tale riferimento non è stato riportato in Gazzetta Ufficiale. Tali previsioni non hanno rappresentato

e non rappresenterebbero risorse aggiuntive, ma un’autorizzazione a spendere una quota del Fondo sanitario in deroga ai tetti di spesa per il ricorso alla produttività aggiuntiva e al privato convenzionato per contenere le liste di attesa. L’autorizzazione a spendere in deroga ai tetti è uno strumento utile, anche se non sufficiente, e quindi andrebbe replicata. Ci auguriamo che il governo ponga rimedio a questo ennesimo pasticcio introducendo un’apposito emendamento al decreto Milleproroghe. Ovviamente servirebbe anche un finanziamento davvero dedicato e quindi aggiuntivo rispetto all’attuale dotazione del Fondo sanitario nazionale”, conclude Bezzini. Per le liste di attesa, insomma, campa cavallo che il fondo (non) cresce.

LA SPARATA
MAI STANZIATI
I SOLDI INDICATI
DA GEMMATO



La rete dei super ospedali

Il piano per realizzare 10 strutture d'eccellenza da Nord a Sud per ridurre la migrazione sanitaria
Ma il finanziamento resta una nota dolente

PAOLO RUSSO
ROMA

Una rete di una decina di super ospedali di riferimento nazionale, collocati anche al Sud, finanziati con fondi ad hoc per assumere e acquistare apparecchiature di avanguardia in modo da porre anche un freno alla migrazione sanitaria verso Nord. Alla riforma stanno lavorando già da un po' i tecnici del ministero della Salute, con l'obiettivo di sfornare a marzo un decreto per la creazione di poli d'eccellenza in tutta Italia, senza dimenticare gli ospedali che più giù di Roma non sembrano oggi attrarre pazienti, nonostante non manchino eccellenze.

Basti vedere la Top 10 dei nosocomi che accolgono più pazienti da altre regioni per cure complesse, dove al di sotto del Lazio non compare alcuna struttura, mentre la Lombardia piazza in cima al podio il "Galeazzi" di Milano e ai due gradini più bassi l'"Humanitas" di Rozzano e l'Irccs "San Raffaele", sempre a Milano. Del resto solo lo scorso anno il valore dei ricoveri da fuori regione, documenta l'Agenas, ha sfiorato i 3 miliardi di euro, con Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ad attrarre più migranti della salute. La riforma non servirà però solo a fermare la mobilità sanitaria, ma nello stesso tempo dovrà potenziare anche la rete di

assistenza ospedaliera, creando dei grandi hub che siano punti di riferimento per gli altri nosocomi, che a questi si rivolgerebbero per risolvere i casi più complessi.

La patente di "ospedali nazionali di riferimento" si tradurrebbe nell'acquisizione di uno status speciale, con finanziamenti garantiti dallo Stato centrale e non più solo dalle regioni, con la possibilità, anche per le amministrazioni in piano di rientro dal deficit, di agire più liberamente su assunzioni e acquisto di tecnologie avanzate. Lo scopo è garantire un livello top di cure nei campi più importanti, come quelli della cardiocirurgia, della neurochirurgia o dell'oncologia pediatrica. Una rete che oltre agli ospedali pubblici ricomprenderebbe anche quelli privati convenzionati.

La lista dei super ospedali deve ancora essere stilata, ma dei nomi si fanno già. Come la "Casa del Sollievo" e il Policlinico di Bari in Puglia e il "Federico II" di Napoli, per restare al Sud. Mentre a Roma candidati sono i policlinici Gemelli e Umberto I. Sempre al centro ha buone chance l'azienda ospedaliera universitaria di Pisa. Mentre al Nord si sarebbero i tre ospedali milanesi già sul podio per la loro attrattività, più il policlinico Sant'Orsola a Bologna e l'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona.

«Stiamo elaborando un testo collegato per il potenziamento e l'integrazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale, che interviene in diversi ambiti, tra i quali aggiornare la classificazione delle strutture ospedaliere, anche alla luce dell'avvenuta attivazione degli ospedali di comunità, identificando ospedali di riferimento nazionale», conferma il ministro della Salute, Orazio Schillaci.

Il decreto oltre a creare la rete degli ospedali di riferimento punterà poi a promuovere nuovi standard per il funzionamento delle reti cliniche di patologie di livello regionale, ma anche a definire reti nazionali di patologia e le reti nazionali tra strutture di eccellenza per specifici ambiti. Le note dolenti, come sempre, arrivano quando si parla di come finanziare il tutto, visto che da dieci anni la spesa per investimenti in conto capitale è ferma causa carenza cronica di risorse, tanto che rispetto a quelli privati siamo ormai penultimi in Europa, sopravanzati solo dalla piccola Irlanda. Così alla fine resta quel 40% di fondi ancora non utilizzati dei 24 miliardi di lire stanziati per l'edilizia sanitaria dalla lontana legge finanziaria dei 1988. Soldi non spesi, secondo la Corte dei Conti, per via di procedure farraginose e dell'incapacità da parte delle amministrazioni locali di realizzare progetti, con



I centri in lizza



IRCSS Galeazzi S. Ambrogio Milano
È al vertice della classifica delle strutture ospedaliere che accolgono più pazienti da altre regioni



IRCSS Humanitas Rozzano (MI)
Punto di riferimento a livello internazionale sui tumori e sulle malattie immunodegenerative



IRCSS Policlinico S. Orsola Bologna
Sede della facoltà di Medicina, è punto di riferimento nazionale per trapianti e patologie oncologiche



Policlinico Gemelli IRCSS Roma
Nel 2023, per il 4° anno consecutivo, miglior ospedale italiano secondo il settimanale Usa "Newsweek"



Federico II Napoli
L'Azienda ospedaliera universitaria di Napoli svolge funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca



IRCSS San Raffaele Milano
Ospedale policlinico universitario di alta specializzazione, fondato nel 1971 per fornire cure specializzate



Ospedale universitario Verona
L'Azienda integrata è uno degli ospedali più grandi d'Italia e centro d'eccellenza per la neurochirurgia



Ospedale universitario Pisa
L'Azienda ospedaliera universitaria pisana, secondo Agenas è fra le migliori strutture pubbliche in Italia



Policlinico Umberto I Roma
Terzo ospedale italiano per capienza, l'azienda ospedaliera universitaria eccelle nei trapianti



Policlinico Bari
Azienda ospedaliera universitaria, l'Ospedale Giovanni XXIII ha ospitato il primo trapianto di cuore del 2025

Lazio e Campania che «non hanno utilizzato circa il 68% delle risorse disponibili», pari rispettivamente a 1,1 miliardi e a 563 milioni. Una incapacità progettuale che ci fa perdere anche decine di miliardi di cofinanziamenti europei. Così i nostri ospedali restano vecchi fuori e anche dentro. Perché la maggior parte di loro è stata costruita prima della guerra e quasi uno su dieci ha visto passare persino le truppe napoleoniche. Mentre le apparecchiature per gli accertamenti sanitari basilari non tengono il passo con l'innovazione tecnologica, visto

che quasi la metà di tac e risonanze è da ritenersi obsoleta. Il che significa parecchi "fermo macchine" in corso d'anno che contribuiscono non poco ad allungare le liste di attesa.

I magistrati contabili hanno stimato in una relazione pre-pandemia in almeno 13 miliardi lo stanziamento necessario per rendere sicure le nostre strutture ospedaliere. Ora per i nostri nosocomi arrivano 1,6 miliardi messi sul piatto dal Pnrr per la loro messa in sicurezza, dato che secondo un ultimo report della Protezione civile il 60% rischia di venirsene giù con una scossa di terremoto, nemmeno troppo violenta. Un altro miliardo e 450 milioni lo stanziava invece il Fondo nazionale per gli investimenti complementari. —

Così su La Stampa

**Quel muro tra medici di base e specialisti
Il cortocircuito della sanità territoriale**

Salute. I Pnrr dei decreti di legge, allegati alla legge di bilancio, non sono ancora stati approvati. Ma la sanità è in crisi da tempo. In che modo? E in che modo si può risolvere? Ecco un'analisi di EDO



**La quinta puntata dell'inchiesta
"Stato di salute", uscita sul giornale il 29 dicembre, dedicata alla mancanza di coordinamento fra medici di famiglia e specialisti**



PIERINO DI SILVERIO Il segretario nazionale dell'Anaa: le necessità sono altre “Senza assumere nuovi medici e infermieri rischiamo solo di creare delle scatole vuote”

L'INTERVISTA
 ROMA

«**S**e la creazione dei super ospedali di riferimento nazionale farà parte di una generale riorganizzazione della Rete ospedaliera ben venga. Ma se l'idea è solo quella di aggiungere nuovi nosocomi a quelli esistenti allora non risponde alle reali necessità».

Pierino Di Silverio, segretario nazionale dell'Anaa, il principale sindacato dei medici ospedalie-

ri, sulla riforma a cui sta lavorando il ministro del-

la Salute Orazio Schillaci vuole vederci chiaro.

Come mai questo scetticismo?

«Perché senza assumere medici e infermieri più che super ospedali rischiamo di creare delle scatole vuote. E poi se vogliamo fare una riforma seria dobbiamo

partire dal basso per arrivare in alto, ossia ai centri di riferimento».

Si spieghi...

«Oggi abbiamo 995 ospedali dei quali il 51,4% pubblici e il 48,6% privati convenzionati. Di questi, 175 sono nosocomi di piccole dimensioni, con meno di

120 posti letto, che si sarebbero dovuti chiudere già trenta anni fa. Il 61% di questi mini ospedali opera senza legami con le grandi strutture e il 65% è collocato in aree sub urbane disagiate. Quindi più che chiuderli andrebbero riconvertiti».

In cosa?

«Considerando che oggi operano in regime di perenne carenza di personale andrebbero trasformati in presidi di primo intervento, dove poter fare diagnosi e assistenza ai casi meno complessi. Altri potrebbero essere convertiti negli ospedali di comunità previsti dal Pnrr per dare assistenza a chi può essere dimesso dall'ospedale vero e

proprio me non è ancora nelle condizioni di tornare a casa».

E cosa impedisce dal farlo?

«La politica campanilistica, che si oppone anche alla riconversione di strutture che per come sono messe oggi non garantiscono ai cittadini un livello adeguato di assistenza». PA.RU. —



Pierino Di Silverio (Anaa)



I fantasmi delle liste d'attesa

Due pazienti su dieci non si presentano alle visite prenotate e non avvertono
Sono 150 milioni di esami l'anno: uno spreco da 4 miliardi che penalizza chi aspetta

PAOLO RUSSO
ROMA

Dietro le liste di attesa che si allungano ci sono anche gli assistiti abitué della "buca". Quelli che si rivolgono al Cup per prenotare e che poi, il giorno fatidico, al momento di dover effettuare una visita specialistica o un esame diagnostico non si presentano, senza nemmeno degnarsi di disdire prima l'appuntamento.

Senza curarsi del fatto che così facendo ambulatori, centri diagnostici e laboratori di analisi non hanno più il tempo di chiamare chi era in lunga attesa per ottenere la stessa prestazione. Un gesto di "maleducazione sanitaria" che secondo i calcoli del ministero della Salute fa saltare ogni anno circa il 20% di visite e accertamenti vari programmati. Detta così sembra non poi così grave. Salvo scoprire che di prestazioni diagnostiche e specialistiche il nostro Ssn ne eroga qualcosa come 760 milioni l'anno e che quindi sono oltre 150 milioni le analisi, le tac, risonanze e gli appuntamenti dal medico saltati, che vanno ad allungare l'attesa di chi invece aspetta mesi se non anni, quando si parla di prestazioni diagnostiche come tac, risonanze o ecografie.

Per non parlare anche del danno economico, perché dietro a quegli accertamenti per cui si è "dato buca" ci

sono comunque costi per il personale e di ammortamento dei macchinari. Calcolando che per la specialistica e la diagnostica il costo stimato si aggira intorno ai 20 miliardi euro l'anno, si parla di uno spreco di circa 4 miliardi, che si sarebbero potuti utilizzare per risollevare un po' le sorti della nostra sanità pubblica in perenne debito di ossigeno.

Considerando sempre due assistiti su dieci che non si presentano, ecco che, nel dettaglio, ad andare in fumo sono 114 milioni di prestazioni di laboratorio su 572 milioni erogati ogni anno. A questi si aggiungono circa 12 milioni di diagnostica, 6 di sedute per la riabilitazione, 7 milioni di attività terapeutiche varie e quasi 11 milioni di visite specialistiche.

Usando ancora di più la lente di ingrandimento, parliamo di quasi un milione di Tac non fatte, 2,8 milioni di radiografie, due milioni di ecografie e 900 mila risonanze magnetiche che si potevano casomai effettuare a chi ne aveva realmente bisogno. Anche se non è detto che dietro il fenomeno di chi salta l'appuntamento ci sia sempre una sorta di consumismo sanitario. Quello che fa prescrivere visite e accertamenti senza una vera ragione, ai quali poi si rinuncia vari motivi, anche futuri. In molti casi infatti

c'è la cattiva abitudine di prenotare anche dopo aver già ottenuto un appuntamento, cogliendo caso mai l'offerta del Cup di uno a distanza di tempo più ravvicinata. Questo però senza degnarsi di disdire la visita o l'accertamento già fissato precedentemente.

Della cattiva abitudine si è accorto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, che nel decreto taglia liste di attesa del giugno scorso all'articolo 3, comma 5, prima prevede che il Cup due giorni prima contatti l'assistito chiedendogli conferma dell'appuntamento.

Poi al successivo comma 7 stabilisce che a quel punto «l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita».



Tradotto: se non ti presenti all'appuntamento e non hai disdetto prima paghi il ticket. Che per quel 20% di assenti ingiustificati a visite e accertamenti vari fa 1,8 miliardi in un anno. Altri soldi che lo Stato potrebbe incassare ma che non incamera. Perché lo stesso decreto legge per applicare la tassa prevede, sempre all'articolo 3, comma 5, l'emanazione di specifiche linee di indirizzo che a distanza di sei mesi dall'approvazione del Dl non risultano ancora essere state predisposte e nemmeno sembrano in procinto di esserlo.

Così come tra i provvedimenti attuativi del medesi-

mo decreto manca quello che doveva dar vita al tassello forse più importante: la norma taglia coda, che consentirebbe agli assistiti di rivolgersi direttamente al privato pagando solo l'eventuale ticket, qualora nel pubblico i tempi di attesa superino quelli massimi previsti per legge. Che sono di 72 ore nei casi urgenti, 30 giorni per quelli differibili (che diventano 60 per gli accertamenti diagnostici), 120 giorni per le prestazioni programmabili. Il "decreto Schillaci" prometteva un passo avanti rispetto a oggi, perché al momento prima si anticipano i soldi e poi si chiede il rimborso

con tanto di Pec e prova documentale di non aver ottenuto la prestazione nei tempi massimi stabiliti per legge. Un percorso a ostacoli che rende di fatto inesigibile questo diritto. Che tale resterà fino a quando non verrà alla luce un qualche provvedimento o circolare che spieghi come saltare la fila senza sborsare denaro in anticipo, sperando poi nella remota possibilità di vederselo restituire dalla propria Asl. —

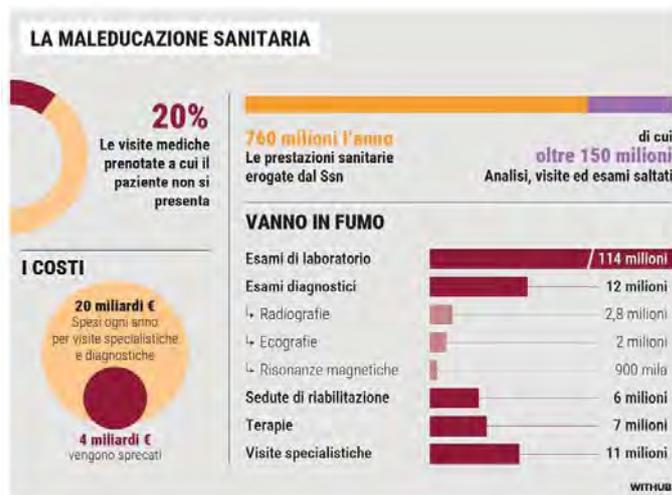
Il decreto taglia-code ha previsto che chi non avvisa dell'assenza paghi il ticket lo stesso

Il Ssn potrebbe recuperare 1,8 miliardi ma non ci sono ancora i decreti attuativi

Così su La Stampa



Le ultime due puntate del viaggio nella sanità italiana, dedicate alle difficoltà dell'assistenza sanitaria territoriale e al progetto di una rete di grandi ospedali per ridurre la migrazione sanitaria



«Le attese al pronto soccorso fanno aumentare la mortalità»

IL FOCUS

ROMA Da nord a sud, soprattutto nei periodi di festa, come quello natalizio, il pronto soccorso rischiano il collasso. Ma non si tratta soltanto di lunghe attese da parte dei pazienti e dei loro cari - e della conseguente crescita di aggressioni al personale sanitario. Ogni paziente fermo al pronto soccorso, in attesa di essere trasferito in un letto di un reparto, causa un ritardo di almeno 12 minuti sugli accessi successivi, facendo crescere anche la mortalità fino al 4,5%. Una situazione esplosiva, commenta Alessandro Riccardi, presidente Simeu (Società Italiana di Medicina di Emergenza - Urgenza), che conferma le tensioni in crescita in questi giorni festivi, quanto il pronto soccorso diventa l'unica ancora di salvezza per tanti malati che non riescono a trovare assistenza sul territorio.

CRITICITÀ

Il ritardo quindi si riversa sull'intera catena dell'assistenza, peggiorandola, e inficiando anche in maniera negativa sulla salute del paziente. «Durante le feste la situazione è sempre critica, segno di un problema costante sull'aggressività dell'utenza», spiega Riccardi riferendosi ai numerosi casi di aggressione che hanno colpito diversi operatori sa-

nitari. Sono stati 18 mila in un anno, con un aumento del 38% negli ultimi cinque anni. Il 42% degli operatori denuncia (in maggioranza sono donne) di essere stato almeno una volta nella propria attività vittima di aggressioni fisiche o psicologiche. E il nuovo anno si apre all'insegna della continuità della spirale di violenza. Tre in poche ore le aggressioni

tra Napoli e provincia. Giovedì scorso un episodio nel pronto soccorso dell'ospedale Pertini di Roma, dove una donna ha aggredito a calci e pugni il personale sanitario perché lamentava il mancato il ricovero. Ma torniamo ai pazienti in attesa nei pronto soccorso. «Non si riescono a trovare i posti nei reparti e questo è sintomo di un'assistenza non adeguata», aggiunge il presidente Simeu. I pazienti restano in aree spesso improvvisate in attesa del trasporto nel reparto di assegnazione definitiva.

GLI INTERVENTI

Numerosi studi documentano un allungamento ingiustificato dei tempi di attesa della visita medica, una marcata difficoltà di gestione dei percorsi di tutti gli altri pazienti, un incremento delle complicanze di malattia sia per i casi che verranno ospedalizzati sia per quelli che al termine dell'osservazione verranno dimessi. Secondo le statistiche, più sono i giorni di degenza e maggiore è l'incidenza di complicanze. Addirittura la mortalità dei pazien-

ti in attesa di ricovero aumenta dal 2,5% al 4,5% nei casi in cui il tempo di attesa supera le 12 ore. «Non sono ancora sufficienti e adeguati i segnali di attenzione arrivati dalle istituzioni nei confronti del nostro lavoro», spiega Riccardi. «Intanto i professionisti vanno via - conclude -, non per "burnout": siamo abituati a gestire lo stress. Lo facciamo perché non sopportiamo più di vedere certe situazioni, come la perdita della dignità del malato. È una situazione a cui non ci si può abituare».

F. Poz.

Pazienti in un pronto soccorso: nei periodi di festa aumentano le attese per i ricoveri nei reparti e di conseguenza sale il rischio mortalità

SECONDO L'ASSOCIAZIONE DEI MEDICI DI EMERGENZA I DECESSI DEI PAZIENTI CHE ASPETTANO SALGONO DAL 2,5% AL 4,5% DOPO LE DODICI ORE



ANTIVIRUS



LE MALATTIE DELLA SANITÀ

✿ A OTTOBRE è stato presentato l'annuale Rapporto civico sulla salute di Cittadinanzattiva. Il termometro della situazione salute è costituito dall'analisi delle segnalazioni dei cittadini. Nel 2023 sono state sensibilmente in crescita (9971 in più rispetto all'anno precedente), quasi una su tre ha fatto riferimento al mancato accesso alle prestazioni. Premettiamo che sarebbe forviante utilizzare questi dati per giudicare un singolo governo, men che meno l'ultimo arrivato. I tagli di governi di destra e di sinistra hanno ridotto il sistema sanitario pubblico sempre meno rispondente alle richieste dei cittadini, sempre più anziani e bisognosi di cure. Ciò che è veramente preoccupante è che ci troviamo in un punto di difficile inversione di rotta. Diverse moti-

vazioni al riguardo. Prima fra tutte le scarse risorse economiche disponibili. Anche se il budget per la sanità è stato incrementato, non è sufficiente. La fuga dei medici non è arginabile. Un lavoro di grande sacrificio e responsabilità viene pagato un quarto di quanto non lo sia all'estero. Peraltro la situazione attuale peggiorerà il livello di salute a causa di quei cittadini che, nell'impossibilità di ricorrere al privato, non hanno accesso alle cure e men che meno alla prevenzione. Crediamo che sia necessario correre immediatamente a nuove soluzioni. Cosa fare? Si possono proporre due strade parallele ma entrambe necessarie. Procedere a una reale programmazione del numero di medici e specialisti e non passare da periodi di indiscriminato ingresso alla facoltà

medica a quelli a numero chiuso del tutto inadeguato. Questo dovrebbe essere fatto anche per le specialità. L'altra strada, che sembra essere l'antitesi del principio fondante il nostro sistema sanitario, è una sanità pubblica che sia gratuita per i non abbienti, ma che richieda una compartecipazione a chi ha di più. E poi, come far funzionare gli ospedali pubblici? Abolendo la burocrazia che li immobilizza, dando la possibilità di gestire il personale pretendendo efficienza. Depoliticizzando le nomine, dando obiettivi realmente valutati. Percorso difficile? Forse, ma le cure non sempre sono indolori.

MARIA RITA GISMONDO
Virologa



Salute 24

Sanità pubblica

Nuovi medici verso le Case di comunità

Marzio Bartoloni — a pag. 18

Medici di famiglia, si cambia: i nuovi nelle Case di comunità

La riforma. Si lavora a un testo di legge: ipotesi dipendenza per i neo-assunti, mentre chi resta negli studi in convenzione con il Ssn dovrà mettere a disposizione un numero minimo di ore nella Sanità territoriale

Marzio Bartoloni

I nuovi medici di famiglia saranno assunti direttamente dal Servizio sanitario nazionale per lavorare sul territorio dove saranno assegnati dai distretti prioritariamente alle oltre 1400 Case di Comunità che apriranno in tutta Italia entro metà del prossimo anno grazie ai fondi del Pnrr. I giovani dottori che decideranno dopo la nuova specializzazione universitaria in cure primarie di diventare medici di famiglia non saranno più infatti come oggi dei “liberi professionisti” che siglano una convenzione con il Ssn in base alla quale tenere aperti i loro ambulatori per alcune ore al giorno gestendo un determinato numero di pazienti (1500 al massimo che con le deroghe arrivano in media a 1800) in modo autonomo e spesso troppo isolato, ma saranno dei veri e propri dipendenti assunti con orari e contratti nazionali. E lavoreranno appunto nelle Case di comunità, negli ospedali di comunità, nelle Cot (le Centrali operative territoriali) e nei distretti in team con gli altri colleghi. Insomma in quella Sanità territoriale su cui il Pnrr investe oltre 7 miliardi e che dovrebbe avvicinare finalmente le cure a casa dei cittadini evitando così che ingolfino ospedali e pronto soccorso. A parte i neo-assunti tutti gli altri medici di famiglia - oggi ridotti a poco più di 37mila - potranno scegliere di restare “convenzionati”, ma dovranno comunque mettere a disposizione un certo numero di ore a settimana (almeno 14-16 ore) per il distretto: magari per fare delle vaccinazioni, delle visite a casa dei pazienti o

fare attività nelle Case di comunità.

È questo il nucleo della rivoluzione a cui sta lavorando il ministero della Salute con la stretta collaborazione di un gruppo di Regioni - in particolare Friuli, Veneto, Emilia Romagna e Lazio che hanno lavorato a una prima bozza appena chiusa - per arrivare a una riforma di cui è sempre più convinto il ministro Orazio Schillaci che poco prima di Natale aveva ribadito come immagina il futuro dei medici di famiglia: «La soluzione sta nel lavoro in team, all'interno delle Case di comunità e nella necessità di ripensare questa professione che deve essere al passo con i tempi e con i cambiamenti». La riforma, non una semplice norma come era stata immaginata dall'ex ministro della Salute Roberto Speranza alla vigilia della caduta del Governo Draghi, dovrebbe concretizzarsi in un vero e proprio articolato di legge che potrebbe prendere, se sarà necessario, anche la forma di un decreto. La bozza è già alla valutazione tecnica anche perché l'intervento impatterà su tutta l'architettura normativa che regge il Ssn e cioè la legge 502 del 1992 e le sue revisioni. L'obiettivo è quello di ripensare tutto il percorso di accesso alla medicina generale, compresa la formazione specialistica post laurea che diventerà di rango universitario (oggi è regionale). Per i nuovi dottori di famiglia, come detto, il destino sembra quello unico della dipendenza - come chiedono ormai da tempo in coro tutte le Regioni - mentre per gli altri medici di famiglia che decideranno di restare nei loro ambulatori - ci sarà la possibilità di

fare una opzione - si valuta un impegno in base al carico di assistiti, ma assicurando un numero minimo di ore (14-16 a settimane) a disposizione del distretto sanitario.

Del resto il tempo stringe: tra un anno e mezzo se tutto va bene apriranno 1420 Case di comunità per far decollare finalmente la Sanità territoriale, ma le nuove strutture rischiano di diventare delle «cattedrali nel deserto» come ha sottolineato lo stesso Schillaci. Secondo l'ultimo monitoraggio dell'Agenas aggiornato a giugno 2024 finora ne sono attive soltanto 413 concentrate in 11 Regioni e con il grave handicap che dentro c'è poco personale sanitario che ci lavora, in un quarto addirittura zero medici. In pratica spesso sono delle scatole vuote. Il monitoraggio mostra infatti come il *vulnus* più grande sia la presenza ancora molto limitata di personale medico: in ben 120 Case di comunità delle 413 attive non è prevista neanche l'attività di medici di assistenza primaria e in 137 non ci sono pediatri. Soltanto in 175 Case di comunità la presenza di medici è prevista tra 50 e 60 ore a settimana e in 141 quella dei pediatri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una prima bozza di proposta è stata chiusa da un gruppo di Regioni. La riforma potrebbe diventare un decreto



Dal 2025 tutte le ricette saranno digitali e avanza la Farmacia dei servizi

Sanità. Anche le prescrizioni bianche diventeranno dematerializzate
Sulle liste d'attesa premi alle Regioni virtuose e più spazio al privato

Marzio Bartoloni

Dal 2025 tutte le ricette prescritte dai medici saranno in formato digitale: non solo quelle "rosse" cioè le prescrizioni di farmaci e prestazioni del Servizio sanitario nazionale, ma anche quelle "bianche" e cioè le ricette dei medicinali che si pagano i cittadini di tasca propria. Insomma la ricetta medica dematerializzata entra definitivamente a regime, senza più bisogno di nuove proroghe (l'ultima è scaduta proprio nel 2024) dopo la sperimentazione partita con il Covid quando gli italiani hanno imparato a ricevere le prescrizioni sul proprio telefonino. Ovviamente nessuno vieterà a medici e cittadini di continuare a stampare le ricette, ma quello che cambia è che si dovranno sempre generare in formato digitale «al fine di potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nonché garantire la completa alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico», avverte il testo della legge di bilancio per il 2025. È forse questa una delle misure di maggiore impatto per i cittadini contenuta nella manovra appena varata che stanZIA 1,3 miliardi nel 2025 e oltre 3 miliardi nel 2026 per la Sanità, risorse queste in buona parte riservate ad aumentare gli stipendi di medici e infermieri (cresce l'indennità di specificità).

Tra le altre misure d'impatto per i cittadini la manovra stanZIA 25 milioni per continuare la sperimentazione della cosiddetta «farmacia dei servizi» che oggi riguarda oltre 9mila esercizi, circa la metà della platea delle farmacie italiane. Il progetto sostiene le farmacie nell'erogare oltre ai farmaci, una serie di servizi aggiuntivi ai cittadini: si

è cominciato in passato con alcune prestazioni infermieristiche e le analisi del sangue in autocontrollo (con kit fai da te) o il controllo della pressione, ma solo dopo lo tsunami della pandemia durante la quale le farmacie sono state cruciali per effettuare sia i tamponi che i vaccini è decollato davvero il progetto con l'idea di sperimentare anche delle vere e proprie prestazioni di diagnosi in telemedicina - come l'Ecg, l'holter e le spirometrie - con teleferazioni a distanza, effettuate in tempo reale e certificate da medici specialisti.

Sul fronte delle liste d'attesa - l'emergenza numero uno per gli italiani - le Regioni virtuose su questo fronte saranno premiate con 50 milioni quest'anno e 100 milioni dal 2026, mentre sempre per ridurre i tempi di attesa, viene aumentato il limite di spesa per le Regioni nell'acquisto di prestazioni dal privato accreditato dello 0,5% per l'anno 2025 (61,5 milioni) e dell'1% a decorrere dal 2026 (123 milioni).

Sul fronte della prevenzione la manovra stanZIA anche fondi (piuttosto contati) innanzitutto per potenziare le risorse per il bonus psicologo (incrementate di 1,5 milioni nel 2025; 0,5 nel 2026 e 1 milione nel 2027) portandole a 9,5 milioni per quest'anno, 8,5 milioni il prossimo anno e 9 milioni nel 2027. Viene anche istituito il Fondo per il servizio di sostegno psicologico nelle scuole in favore degli studenti, con una dotazione di 10 milioni per il 2025 e di 18,5 milioni annui a decorrere dall'anno 2026. Sempre per il supporto psicologico, stavolta nell'ambito dell'assistenza oncoematologica pediatrica degli ospedali, si potranno spendere 0,5 mi-

lioni all'anno per assumere psicologi a tempo indeterminato.

Nella legge di Bilancio ci sono anche altri micro interventi come la nascita del Fondo per la prevenzione e la cura dell'obesità (1,2 milioni per il 2025, di 1,3 milioni per il 2026 e 1,7 milioni dal 2027), così come viene rifinanziato il Fondo per il contrasto dei disturbi dell'alimentazione - 500mila euro per il 2025, 2026 e 2027 - per lo svolgimento di campagne di prevenzione. Previste anche campagne di informazione e sensibilizzazione sullo svolgimento di test di riserva ovarica (0,5 milioni per il 2025 e di 1,5 milioni per ciascuno degli anni 2026 e 2027). Si prevede infine l'istituzione di un Fondo con una dotazione di 5 milioni annui a decorrere dal 2026 per il finanziamento di iniziative per la prevenzione e la lotta contro il virus Hiv, l'Aids, l'Hpv e le infezioni e malattie a trasmissione sessuale.

Infine spunta una misura in manovra che proverà a coinvolgere di più le associazioni di pazienti nei processi decisionali pubblici in ambito sanitario. Il ministero della Salute e l'Agenzia italiana del farmaco dovranno stabilire le regole per questa partecipazione entro 60 giorni. È istituito, inoltre, un registro gestito dal ministero della Salute, nel quale le associazioni dei pazienti, con dovuti requisiti, possono iscriversi per partecipare ai processi decisionali.

RIPRODUZIONE RISERVATA

Le associazioni dei pazienti saranno maggiormente coinvolte nei processi decisionali



Sanità

La procreazione assistita adesso è gratis per tutti Regioni obbligate a pagarla

La fecondazione in vitro nei livelli essenziali di assistenza. Ma i centri pubblici sono pochi

di **Michele Bocci**

A vent'anni dalla legge 40 che l'ha introdotta, la Procreazione medicalmente assistita (Pma) fa il suo ingresso nei Lea. È un cambiamento a suo modo epocale, sia dal punto di vista simbolico che soprattutto pratico.

I Livelli essenziali di assistenza, Lea appunto, sono il minimo comune denominatore della sanità, cioè le prestazioni che tutte le Regioni sono obbligate a fornire ai loro cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Fino al 31 dicembre dell'anno scorso la fecondazione omologa e quella eterologa (resa legale in Italia dopo una sentenza della Consulta del 2014) erano fuori dall'elenco di queste prestazioni. Dal primo gennaio sono entrate, insieme a una lunga serie di altre attività sanitarie, come la consulenza genica, l'adroterapia, l'enteroscopia con microcamera ingeribile e varie prestazioni per le malattie rare.

Sono 80 mila le coppie che affrontano la Pma in un anno e molte di più quelle scartate prima di arrivare agli oltre 100 mila cicli di trattamento. Nel 2022 nel nostro Paese so-

no nati ben 16.718 bambini grazie alla Procreazione assistita, cioè il 4,2% del totale. In più, ecco la cosa importante, le coppie potranno esigere la prestazione dalle loro Regioni, versando solo un ticket (varierà a seconda dei trattamenti da 100 a 300 euro). Fino ad ora molti dovevano pagare di tasca propria, con tariffe dai 5 mila euro in su, a meno che vivessero in una Regione che aveva deciso di rimborsare comunque la Pma. Il numero delle realtà locali che hanno scelto di assicurarla "extra Lea", chiedendo in certi casi un contributo più alto del ticket, è cresciuto nel tempo. Hanno iniziato Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e poi altre si sono aggiunte.

Ancora molti italiani, però, fino all'anno scorso la Pma la pagavano. In tantissimi, inoltre, erano costretti a spostarsi per fare i trattamenti, perché nella loro Regione, che magari copriva le spese, non c'erano centri pubblici disponibili.

Nei Lea si stabilisce che possano accedere al trattamento di Pma le coppie nelle quali la donna ha fino a 46 anni e si indica in sei il numero massimo di tentativi. Le tariffe prevedono, per i privati convenzionati, 2.700 euro di rimborso per l'omologa e 3.000 per l'eterologa, cifra considerata troppo bassa. Il servizio

pubblico nel settore è molto debole e questo sarà un ostacolo, almeno all'inizio, all'applicazione del nuovo Lea. Secondo l'Istituto superiore di sanità, su 190 strutture attive in Italia, solo 66 sono pubbliche, 17 convenzionate e ben 107 private pure.

L'ingresso nei Lea obbliga quindi le Regioni a mettere in piedi nuovi servizi. Qualcuno, come la Puglia, pagherà il conto per chi si rivolgerà ai centri privati mentre organizza i centri pubblici. Nel Lazio, spiega Luca Mencaglia che coordina la rete Pma, «avviamo 5 centri pubblici e apriamo alle manifestazioni di interesse dei privati. Così accoglieremo anche a chi arriva da fuori Lazio». Fino ad oggi, circa il 30% dei cicli era fatto a cittadini che cambiavano Regione. «Ora – dice Mencaglia – i cittadini che si sposteranno aumenteranno, visto che le Regioni dovranno rimborsare il trattamento anche se svolto altrove. Il numero generale dei cicli, inoltre, aumenterà perché chi non poteva permettersi da ora in poi ha la copertura del servizio sanitario nazionale».



L'esoscheletro in tessuto e con visione artificiale che imita il corpo

Il progetto. WalkON è pensato per la riabilitazione, gli anziani e i malati di sclerosi. Un aspetto chiave è anche il costo contenuto: sotto i mille euro

Michela Moretti

Un dispositivo fatto di tessuto, leggero e versatile, pensato per contrastare il declino muscolare dovuto all'età, ma anche utilizzabile nella riabilitazione e come supporto per attività fisiche impegnative, persino a livello sportivo. È un esoscheletro dotato di visione artificiale, unico al mondo, che porta la firma di due ricercatori italiani: Lorenzo Masia, ordinario della cattedra di Intelligent Biorobotic Systems all'Università Tecnica di Monaco (Tum) e direttore del Munich Institute of Robotics and Machine Intelligence (Mirmi), ed Enrica Tricomi, visiting researcher al Tum dall'Università di Heidelberg dove ha iniziato il suo dottorato. Masia, ingegnere meccanico laureatosi alla Sapienza, e Tricomi, che ha studiato ingegneria biomedica al Politecnico di Torino, hanno tradotto il risultato di anni di ricerca nel prototipo che hanno battezzato WalkON. Spiega Lorenzo Masia: «L'esoscheletro riduce il consumo metabolico, ossia l'energia necessaria per compiere un determinato sforzo. Meno è l'energia consumata, minore l'affaticamento e maggiore l'autonomia per una vasta varietà di attività quotidiane come fare la spesa, camminare al parco o salire le scale». «Allo stesso modo - aggiunge Tricomi - permette di ridurre lo sforzo durante attività fisiche impegnative e di percorrere distanze maggiori. Riducendo la fatica muscolare, il dispositivo può essere integrato nelle terapie riabilitative per migliorare il recupero funzionale».

Il progetto WalkON è sostenuto da diverse iniziative di finanziamento, tra cui due italiane di grande rilevanza, da oltre 400mila euro. La prima è stata promossa dall'Inail, con un fo-

cus specifico sull'applicazione del dispositivo per l'assistenza agli anziani, in particolare per contrastare la sarcopenia e migliorare la mobilità. La seconda è stata finanziata dalla Federazione italiana sclerosi multipla (Fism) che prevede l'utilizzo dell'esoscheletro integrato alla stimolazione elettrica funzionale. Questo sistema aggiuntivo stimola i muscoli durante il cammino attraverso leggere correnti che favoriscono la contrazione. «Così si riduce l'atrofia muscolare, un problema comune per chi soffre di sclerosi multipla e fatica a muoversi - spiega Masia - Abbiamo condotto uno studio su questi pazienti osservando che, grazie al supporto dell'esoscheletro, sono riusciti a prolungare le sessioni di terapia occupazionale, come spostare oggetti o compiere movimenti ripetitivi, senza sentirsi esausti».

Anche a livello internazionale, il progetto gode di finanziamenti significativi. In Germania, grazie al supporto della Carl Zeiss Foundation, il dispositivo è parte del programma Smart Aging, volto a sviluppare tecnologie innovative per migliorare la qualità della vita degli anziani. Il dispositivo è stato inoltre integrato in un progetto condotto in un centro di ricerca a Garmisch, per testare l'esoscheletro direttamente nelle cliniche geriatriche. Ma come funziona?

L'esoscheletro include una cintura leggera (circa 2 kg) che ospita batteria e motori, e due fasce regolabili in tessuto che si fissano alle gambe. I sensori rilevano i movimenti e inviano i dati al microprocessore, che attiva i motori per tirare un cavo simile a un tendine artificiale, aggiungendo forza ai muscoli in modo naturale. «È un tendine che lavora in parallelo a quello biologico - chiarisce Tricomi

- Quando il muscolo si contrae, il tendine artificiale aggiunge forza al movimento, rendendo tutto più naturale». Poi una telecamera montata sulla cintura rileva ostacoli e variazioni del terreno, permettendo al sistema di adattare in tempo reale l'assistenza al contesto, rendendolo ideale in caso di scale o superfici irregolari.

L'efficacia di WalkON è stata valutata in studi su due gruppi principali: giovani adulti (25-30 anni) e anziani tra i 75 e gli 85 anni, e i risultati sono stati pubblicati su diverse riviste scientifiche tra cui Nature Machine Intelligence. «Nei giovani abbiamo visto una riduzione del consumo metabolico durante la camminata in media del 18% e negli anziani dell'11% - specifica Tricomi - In pratica è come liberarsi di uno zaino che pesa tra i 6 e i 10 chili». Ma ci sono persone anziane che hanno registrato una diminuzione del consumo metabolico anche del 30%. Dai questionari è emerso che grazie al dispositivo sia i giovani che gli anziani si sentivano più sicuri e in controllo del proprio corpo. «Una maggiore sicurezza incoraggia le persone a muoversi di più, riducendo il rischio di isolamento o inattività - aggiunge Masia - Chi si sente in grado di camminare più a lungo, o senza sforzo eccessivo, tende a osare di più e ad affrontare percorsi che magari prima evitava».



Un aspetto chiave dell'esoscheletro con visione artificiale è il costo contenuto. «Non supera i 1000 euro - dichiara Masia - e stiamo studiando soluzioni che consentano di adattare in modo ancora più preciso il livello di assistenza, ad esempio per cammini asimmetrici come quelli di pazienti reduci da ictus». Il team sta anche lavorando sulla scalabilità del sistema, semplificando la produzione e introducendo attuatori più leggeri, con l'obiettivo di abbassare i costi e rendere il dispositivo accessibile a un pubblico più ampio. E il design modulare apre la strada a molte altre ap-

plicazioni, anche per scopi industriali, per supportare gli operatori nel sollevamento di carichi pesanti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I sensori rilevano i movimenti e inviano i dati al microprocessore, che attiva un cavo simile al tendine artificiale



IL DEVICE CHE VEDE GLI OSTACOLI

Lorenzo Masia (direttore del Munich Institute of Robotics and Machine Intelligence): «La telecamera montata sulla cintura rileva ostacoli e varia-

zioni del terreno, permettendo al sistema di adattare in tempo reale l'assistenza al contesto, rendendolo ideale per situazioni quotidiane come scale o superfici irregolari»

Il prototipo.

L'esoscheletro include una cintura leggera (circa due chili) che ospita batteria e motori, e due fasce regolabili in tessuto che si fissano alle gambe



Temperature estreme e condizioni artiche «Testiamo i limiti della resistenza umana»

L'ESPERIMENTO

ROMA L'aria rarefatta a 3.500 metri di altitudine si fa sentire nei polmoni, una combinazione pungente di freddo e assenza d'ossigeno. Sul ghiacciaio del Dente del Gigante, nel Monte Bianco, si addestrano i militari e gli scienziati fanno un esperimento importante: studiare il comportamento del corpo umano in condizioni estreme. Infatti, con i cambiamenti climatici, sarà fondamentale individuare nuovi equilibri. È questo l'obiettivo del Campo Alta Quota, allestito dall'Esercito con i ricercatori del Cnr e di diverse università. Tra tende piazzate nella neve e monitoraggi continui, i giovani alpini hanno percorso il ghiacciaio con zaini carichi, sfidando temperature estreme e condizioni che replicano quelle artiche. Ogni passo, ogni respiro, è diventato un dato prezioso per i ricercatori: sensori applicati alle uniformi hanno registrato parametri vitali, mentre nei bivacchi si è analizzato ogni aspetto, dall'alimentazione alla fatica, passando per le performance fisiche e cognitive. «L'alta quota rappresenta un ambiente unico per studiare l'adattamento dell'organismo umano» spiega Lorenza Pratali, 59 anni, cardiologa e prima

ricercatrice presso l'Istituto di Fisiologia Clinica del Cnr. Lei che è stata medico nella spedizione femminile sul K2 e presidente della Società Italiana di Medicina di Montagna, conosce bene questi confini: «Abbiamo analizzato la risposta cardiovascolare e polmonare di 18 alpini, ma anche gli effetti dello stress fisico e dell'infiammazione in condizioni di ossigeno ridotto». Ma Campo Alta Quota non è stato solo fatica e scienza. È stato il simbolo di una collaborazione unica tra mondo militare e ricerca scientifica. L'Esercito e gli scienziati hanno trasformato il ghiacciaio del Monte Bianco in un laboratorio naturale. L'iniziativa, guidata dal Centro Addestramento Alpino di Aosta comandato dal generale Alessio Cavicchioli, mira a rispondere alle sfide legate al cambiamento climatico, allo scioglimento dei ghiacciai e all'apertura di nuove rotte nell'Artico. I risultati della ricerca avranno anche implicazioni per il turismo montano e le attività in alta quota, sempre più cruciali in un clima che cambia rapidamente. Ma non solo. L'Artico sta acquisendo sempre più rilevanza, grazie all'apertura di nuove rotte e alla scoperta di materiali rari e fonti energetiche, che influenzano la geopolitica della regione. «La montagna è un ambiente affascinante ma insidioso, caratterizzato da pericoli oggettivi come valanghe, ghiaccio e frane». Ma per gli amanti e i professionisti delle vette, la cardiologa Pratali sottolinea l'importanza cruciale dell'acclimatamento. Con l'innalzamento delle stazioni sciistiche a quote sempre più alte (a

causa del cambiamento climatico), cresce il rischio per turisti e operatori del settore di trovarsi impreparati. «Per cime come i 4.000 metri è fondamentale prevedere un periodo di preparazione adeguato, dormendo a quote intermedie nei mesi prima» spiega Pratali. I risultati di studi come quelli condotti sul Monte Bianco non sono utili solo ai militari, ma aprono prospettive nuove: «Questi studi esplorano i limiti del corpo umano e aiutano a migliorare sicu-

rezza e performance in alta quota», conclude Pratali. La sua ricerca l'ha portata in luoghi come Nepal, Bolivia e Perù, dove ha condotto studi pionieristici: «Che siano spedizioni himalayane o escursioni alpine, la scienza ci aiuta a superare i limiti».

Laura Pace

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ESPERIMENTO
DI ESERCITO E CNR
ACCAMPATI
A 3.500 METRI DI
ALTITUDINE SUL
MONTE BIANCO**



Dir. Resp.: Luciano Fontana

I SINTOMI E COME DIFENDERSI

Influenza, colpiti in cinque milioni «Chi è fragile deve vaccinarsi»

di Margherita De Bac

Sono oltre cinque milioni gli italiani già colpiti dall'influenza, ma il picco è previsto per le prossime settimane, con la curva che tenderà ad alzarsi per tutto il mese di gennaio. Un anno fa i dati erano peggiori, ma resta l'invito ai fragili: vaccinatevi.

a pagina 21

Contagiati in 10 ogni mille Con la ripresa della scuola vicino il picco di influenza

Molti i virus respiratori: «Ma no ad allarmi come in Australia»

ROMA La percezione è che amici e colleghi alle prese con l'influenza siano molto numerosi. L'Istituto superiore di sanità, attraverso il suo sistema di sorveglianza, certifica invece che durante il periodo festivo, tra 23 e 29 dicembre, settimana dell'ultimo aggiornamento, si è osservato un lieve abbassamento dei casi dovuto alla chiusura delle scuole e dunque dei focolai in classe.

«La diminuzione era attesa, anche quella delle sindromi simil-influenzali di origine respiratoria», che si caratterizzano con sintomi quasi sovrapponibili come evidenzia il sistema RespirVir.Net, allargato al Sars-Cov-2, il virus del Covid, in netto ribasso.

Dall'inizio della sorveglianza si sono ammalati più di cinque milioni di italiani, ora siamo al livello di quasi dieci influenzati ogni mille abitanti, quasi la metà della passata stagione. È presto per dire se la vaccinazione abbia avuto

un ruolo anche perché è difficile immaginare che gli italiani, di solito restii, si siano convinti a seguire gli inviti di ministero della Salute e Regioni.

Sono le settimane dell'annunciato picco, la previsione è che la curva salga ancora per tutto gennaio. Più colpite Liguria, Toscana, Lazio e Campania. Si vedrà alla riapertura di tutte le attività, scuole e uffici. «Ci aspettavamo un rialzo per Natale, una vera impennata deve ancora arrivare. Per quanto riguarda il Covid, è diventata una malattia endemica come tante altre, non fa paura», è critico con certi colleghi che avevano lanciato previsioni catastrofiche l'epidemiologo Massimo Ciccozzi, del Campus Biomedico. I pronto soccorso stanno reggendo l'impatto, non viene registrato un affollamento straordinario. E l'infettivologo Massimo Andreoni non esclude che il picco sia già sta-

to superato. Maurizio Sanguinetti elenca le «generalità» dei virus intercettati dal suo laboratorio di microbiologia al Gemelli: «La circolazione di virus respiratori è intensa. Stiamo osservando un numero importante anche di polmoniti da micoplasma, un batterio».

Sebbene sottovalutata, non è un'infezione banale l'influenza perché in alcune situazioni obbliga al ricovero in ospedale ed è causa di morte. Secondo l'Ecdc (il Centro controllo malattie infettive) ogni anno in Europa infetta dal 10 al 30% della popolazione ed è



mortale per un numero che arriva fino a 70 mila cittadini.

Guardiamo cosa avviene al di fuori del Continente. Gli Usa sono in allerta, oltre 40 Stati riportano un livello molto alto di sindromi respiratorie. Nel mix rientra anche il Covid «ma la maggior parte dei casi è attribuita ai virus influenzali», riferisce il Cdc (*Centers for diseases control and prevention*) raccomandando a chiunque abbia più di sei mesi e agli anziani di vaccinarsi: «Non è tardi, si tratta solo di una puntura». Da noi la Lombardia si candi-

da come Regione più virtuosa nell'aver somministrato le dosi protettive contenenti tre ceppi virali: quasi due milioni, grazie ai centri sparsi in tutte le provincie.

I sintomi descritti dai medici di famiglia non cambiano rispetto alle scorse stagioni. Febbre improvvisa, tosse e dolori muscolari accompagnati da mal di testa, brividi, perdita di appetito, affaticamento, mal di gola. Nei più piccoli possono aggiungersi nausea, vomito e diarrea. Gli adulti sono contagiosi dal giorno precedente l'inizio dei

sintomi fino a 5-7 giorni successivi. I bambini mantengono più a lungo la contagiosità.

L'andamento dell'epidemia influenzale è monitorato dagli specialisti anche attraverso le chat. Concetta Castilletti, direttore della Virologia del Sacro Cuore Don Calabria, in Veneto: «Non sono stati segnalati casi di pazienti con complicanze più gravi come era stato osservato nell'emisfero australe dove l'influenza è arrivata prima che in occidente».

Margherita De Bac

Il centro di controllo europeo

ECDC

È il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie: aiuta i governi dell'UE a prevenire e combattere la diffusione delle patologie, tra queste anche le sindromi influenzali e il Covid. Secondo l'Ecdc, ogni anno, l'influenza infetta in Europa dal 10 al 30 per cento della popolazione provocando a causa delle complicanze nei pazienti più fragili fino a 70 mila morti

Il Covid

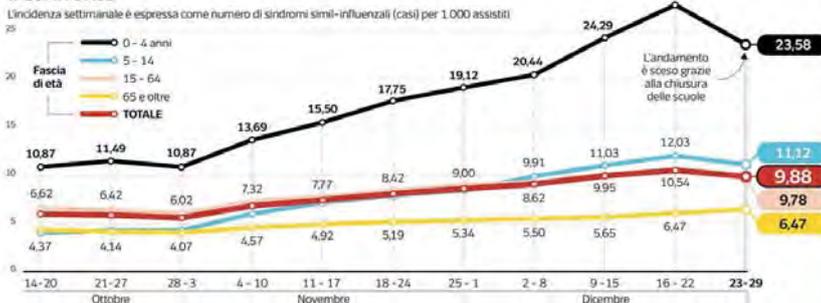
«Ci aspettavamo un'impennata, ma è diventata una malattia endemica come tante»



La terapia consiste essenzialmente nel controllo della febbre. Il medico può prescrivere antivirali ai pazienti più fragili. Niente è più sbagliato e pericoloso che prendere antibiotici: inefficaci contro le infezioni, causano resistenza

M. Lichtner
Infettivologa

Il confronto



- 50%** I vaccinati tra gli assistiti con più di 65 anni di età
- 75%** L'obiettivo minimo di copertura vaccinale tra i gruppi a rischio
- 582.500** I casi stimati di sindrome simil-influenzale in corso
- 5.186.300** I casi registrati da ottobre
- 18,4** L'incidenza totale nell'ultima settimana di dicembre di un anno fa

Comunicazione della Serpa



Dir. Resp.: Luciano Fontana

L'esperto

«Attenzione a chi è fragile Ci si può ancora vaccinare»

Miriam Lichtner, professore ordinario di Malattie infettive alla Sapienza di Roma, come si cura l'influenza?

«La terapia consiste essenzialmente nel controllo dei sintomi, soprattutto della febbre. Quando la temperatura sale si può prendere il paracetamolo e un antinfiammatorio per contrastare i dolori muscolari e la cefalea. Non abusarne».

Ci sono farmaci specifici antivirali?

«Sì, però vanno presi entro 48 ore dalla comparsa dei sintomi, dopo aver accertato con un tampone che l'infezione sia influenza e

non altro. Deve essere il medico a prescriberli, se lo ritiene necessario, a pazienti fragili a rischio di complicanze».

In questo periodo aumenta il consumo di antibiotici.

«Niente di più sbagliato e pericoloso. Non sono efficaci contro le infezioni causate da virus come raffreddori e influenza. Assumerli in modo inappropriato significa favorire lo sviluppo di batteri resistenti agli antibiotici che risulterebbero non efficaci quando vengono presi in successive occasioni».

Che cosa raccomanda?

«È una malattia sottovalutata,

potenzialmente grave in fragili, anziani e piccoli. Causa da 3 a 4 giorni di febbre alta, oltre i 38 gradi, che si autorisolve. Bisogna prenderla seriamente cominciando a curarsi prima possibile, per contenerla, ricorrendo al pronto soccorso solo per problemi importanti di respirazione».

Siamo a circa due mesi e mezzo dall'avvio della stagione influenzale. È ancora utile vaccinarsi?

«Il vaccino è sempre una buona pratica. Non è tardi, protegge anche in caso di contagio attenuando la pesantezza dei sintomi. L'epidemia non terminerà prima del

mese di marzo, quando la circolazione dei virus si abbasserà».

M.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

GARATTINI RACCONTA LA SUA VITA DA 96ENNE

«L'ultimo antibiotico io l'ho preso 40 anni fa»

di **Roberta Scorrane**

Nei segreti di Silvio Garattini, ricercatore, oncologo, farmacologo, 96 anni compiuti lo scorso novembre. «L'ultimo antibiotico — racconta — l'ho preso 40 anni fa. A pranzo? Solo una spremuta. E cammino veloce per cinque km al giorno». a pagina 21

Silvio Garattini: «Ogni giorno faccio cinque km di camminata veloce, a colazione solo caffè. Per i dolcetti litigai con Funari»

«L'ultimo antibiotico 40 anni fa E a pranzo solo una spremuta Ho perso le mie due mogli, ma a casa parlo ancora con loro»

di **Roberta Scorrane**

L'appuntamento è all'Istituto di ricerche farmacologiche «Mario Negri», periferia di Milano. Istituto che Silvio Garattini ha fondato nel 1963. Qui è dove ha sviluppato importanti ricerche sulle medicine che prendiamo abitualmente. Qui ha contribuito in modo rilevante allo studio della moderna chemioterapia. E qui Garattini ha ancora il suo ufficio: ogni mattina si alza, (non) fa colazione e viene a lavorare. Però, a 96 anni appena compiuti, non rinuncia mai al secondo caffè della giornata. Con zucchero.

Ma professore, lo zucchero non è uno degli spauracchi delle diete più recenti?

«Figuriamoci. Il cervello ha bisogno di 90 grammi di zucchero al giorno, tra quelli semplici e quelli complessi. Io, per esempio, la sera non dico mai no a un dolcetto».

Ma non fa colazione.

«No, bevo un primo caffè, poi un secondo e a pranzo prendo una spremuta d'arancia. Al massimo un paio di biscotti. Però faccio una buona cena: un primo, oppure una porzione di pesce e verdura. E, appunto, un dolce».

Per uno scienziato come lei che cosa significa sfiorare i cento anni?

«Mi sembra strano. Quando ero bambino già arrivare ai sessanta era un traguardo. Il punto è che noi italiani viviamo a lungo ma male. Abbiamo quattro milioni e mezzo di diabetici: con la prevenzione giusta sarebbero molti meno. Ma la medicina è diventata un mercato: tanti farmaci e spesso prescritti inutilmente. Nessuno spiega mai perché si prescrivano con disinvoltura terapie antibiotiche preventive. Il tema della resistenza agli antibiotici è serio: ogni anno provoca circa 12 mila morti in Italia».

L'ultima volta che lei ha preso un antibiotico?

«Boh, 40 anni fa forse».

E quando ha mal di testa che cosa prende?

«Non ho mal di testa».

E quando le viene la febbre?

«Sto a casa».

A 96 anni, in genere, una persona prende una serie di farmaci ogni giorno.

«Io nulla. Anzi, no, mi è stato prescritto un anticoagulante perché ho avuto una leggera fibrillazione atriale. Basta».

Quanto conta la genetica nella longevità?

«Nel mio caso nulla: ho fat-



to a tempo a conoscere una sola nonna. Mio padre, poi, dovette cercarsi un secondo lavoro quando mia mamma si ammalò: io sono tra quelli che hanno conosciuto un'Italia senza Servizio sanitario nazionale. Chi oggi lo critica non sa che cosa vuol dire pagare per le terapie serie. Mia madre morì a 67 anni».

Un ricordo della guerra?

«Eravamo a Bergamo, suonava l'allarme e si correva tutti nei rifugi. Io andavo, com'è ovvio, in una scuola fascista, ma alla sera papà mi faceva ascoltare Radio Londra».

Era cattolico già allora?

«Insegnavo catechismo e sono cresciuto negli oratori. Oggi prego abbastanza regolarmente, vado in chiesa».

Pregare lenisce il dolore?

«Avere una vita lunga comporta necessariamente la perdita. Io ho perso due mogli: la prima in un incidente stradale, la seconda per un male incurabile. Pregare aiuta, ma aiuta anche il "sentire" accanto a noi le persone che non ci sono più. Qualche volta, a casa, parlo con loro come se fossero ancora con me».

In una lunga vita quanto conta il praticare amore?

«Più di quanto si pensi. Io ho cinque figli, penso di aver amato molto e di essere stato amato. Credo, però, che ancora non sia chiara la grandezza del precetto evangelico "non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te". Il mondo è una questione di connessioni, tutti dipendiamo da tutti. Lo capisco oggi».

E il lavoro?

«Per me conta moltissimo. Vengo in studio ogni giorno, viaggio parecchio: per esempio oggi vado in Valle Camonica per una conferenza, scrivo regolarmente libri».

Sono celebri le sue battaglie contro il fumo.

«Però in Italia ci sono quasi 13 milioni di fumatori e quel che è ancora più grave è che questi consumano in media 50 miliardi di sigarette in un anno. Un veleno che si diffonde ogni giorno nell'aria, ma anche nel terreno sotto forma di mozziconi spenti».

Le sigarette elettroniche non hanno aiutato?

«Lo sa che cosa ho scoperto grazie all'Istituto Superiore di Sanità? Che tanti iniziano con quella elettronica e passano poi a quella normale, quando doveva essere l'opposto».

Eppure lei andava spesso in tv, e in trasmissioni come quella di Gianfranco Funari una volta si fumava.

«Con lui litigai. Gli chiesi di smettere di fumare in televisione e lui ribattè: "No, piuttosto lei si presenti in tv con camicia e cravatta"».

Perché indossa il dolcevita bianco da una vita?

«Perché mi evita di stirare le camicie».

Una battaglia che ha ingaggiato in tarda età?

«Quella contro l'alcol. Non ci rendiamo conto di quanto faccia male, se in dosi massicce. Io non regalo mai bottiglie, è come regalare una stecca di sigarette».

Lei rinuncia del tutto agli

alcolici?

«Bevo la birra senza alcol. Ho anche assaggiato un vino tedesco simile, non è male. Secondo me la strada del futuro è quella».

Va detto che tra case farmaceutiche, produttori di sigarette e vignaioli, lei qualche avversario ce l'ha.

«Be', sono sopravvissuto alle minacce degli animalisti negli Anni Ottanta».

Certo, perché lei non ha mai negato l'importanza dei test sugli animali.

«Per un paio di mesi girai con la scorta: in un'operazione di polizia avevano trovato la mia foto barrata con una croce. Mi telefonavano nel cuore della notte chiamandomi "assassino". Io penso che gli animali vadano rispettati, ma non è concepibile testare nuovi composti interamente sugli umani. Oggi le cose sono diverse: abbiamo metodologie che ci permettono di fare test diversi, per esempio la risonanza nucleare magnetica. Si usano degli organoidi e cellule in 3D».

Torniamo alle sue abitudini. Attività fisica?

«Cinque chilometri di passeggiata veloce ogni giorno, guardi qui, il contapassi non mente. Non aiuta solo il fisico, ma anche la mente. Per me è una sorta di meditazione».

Che cosa pensa degli integratori alimentari?

«Che fanno bene solo a chi li vende».

Come tiene allenata la mente?

«Lavorando. Faccio ricerca,

Gli amici

«Eco era coltissimo e simpaticissimo. Mi manca molto, come Rita Levi Montalcini»

scrivo, studio e pratico la buona divulgazione. Qualche giorno fa ho parlato davanti a ottocento studenti liceali».

Lei ricorda tutto.

«Quasi. Ricordo quando, da perito chimico, cominciai a lavorare in università dopo l'esame di liceo e mi guadagnai la laurea passo dopo passo. Ricordo i primi studi applicati sulla chemioterapia, la stagione di Seveso e della diossina, quando l'allora assessore alla Sanità mi affidò il compito gravoso di convincere i cittadini che l'area nella quale vivevano era pericolosa e che dovevano lasciare le proprie case. Ricordo tante cose e anche i tanti miei amici che oggi non ci sono più».

Per esempio?

«Umberto Eco. Era simpatico, coltissimo. In America conobbi Rita Levi Montalcini, donna elegante e gentile. Ho conosciuto due papi, Giovanni XXIII e Francesco. Di quest'ultimo apprezzo l'intelligenza che mette nell'unire fede e rispetto del pianeta».

Oggi come vede il futuro?

«Per me ogni giorno è un gioco di equilibri tra la consapevolezza che l'indomani potrei non svegliarmi e la necessità, benefica programmazione delle cose da fare a medio e lungo termine. Però, mi creda: ogni giorno oggi per me è un regalo».

rsccorranese@corriere.it

Il profilo

● Silvio Garattini nasce a Bergamo il 12 novembre 1928. Perito chimico, ha studiato Medicina e si è specializzato in Farmacologia e Chemioterapia

● È stato fondatore (nel 1963) e direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri IRCCS» fino a giugno 2018. Oggi è presidente dell'Istituto

● Il suo ultimo libro è «Vivere bene», San Paolo Editore



LA SALUTE

La svolta dell'Istituto di Sanità
lo smartphone è come il fumo

EUGENIA TOGNOTTI - PAGINE 14 E 15

IL COMMENTO

CI SERVONO ZONE "SMARTPHONE FREE"

EUGENIA TOGNOTTI



Chi vuole essere sano sia - avverte l'Istituto superiore di Sanità, salutando il 2025 - a patto di tenere d'occhio la «dipendenza da smartphone». Almeno quanto - verrebbe da dire - facevano i popoli del passato per mantenere l'organismo in uno stato di salute seguendo gli stringenti precetti dalla celebre Scuola Medica Salernitana che raccomandava l'equilibrio fisico e mentale, consigliando di evitare, accanto ai turbamenti dell'animo, la smodatezza nel bere e nel mangiare: «Il cibo immoderato rende gli uomini ammalati, il cibo eccessivo opprime il ventre e il petto, sconvolge lo stomaco e arreca disturbo a tutte le membra».

Non per niente, il pressante invito ad uscire al più presto dalla dipendenza dagli smartphone - la cui onnipresenza può portare a un uso compulsivo e a un aumento di ansia e stress - occupa un posto dominante nel Regimen sanitatis del nostro tem-

po - l'era della tecnologia informatica - aprendo il catalogo che compare nel sito dell'Iss, accanto alle ben note avvertenze sui pericoli del fumo e dell'alcol, dei danni dell'ipertensione e dei vantaggi di una dieta sana, oltre a varie altre che comprendono la raccomandazione - più che mai necessaria - di affidarsi a fonti affidabili in materia di salute e di sfuggire alle sirene delle fake

news che dilagano dai social. Naturalmente sull'impatto sulla salute della dipendenza da smartphone tra gli adolescenti e nella popolazione adulta, esistono ormai diverse revisioni sistematiche di studi condotti in diverse parti del mondo e con risultati simili per quanto riguarda i diversi effetti. Si possono citare, per dire, tra le conseguenze negative della dipendenza la scarsa qualità del sonno: gli schiavi da smartphone - in particolare in alcune fasce d'età - non riescono a controllare l'uso, nemmeno a letto, per la paura di perdersi qualcosa. Di qui, la difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno,

che è fondamentale per la salute mentale.

Le ultime revisioni indicano che la dipendenza da smartphone condivide caratteristiche simili all'abuso di sostanze, riferendosi alla dimostrazione della relazione coerente con i sintomi di salute fisica e mentale, tra cui depressione, ansia, problemi muscolo-scheletrici e scarso sonno.

Per questo l'Istituto superiore di Sanità, col supporto del "Centro nazionale Dipendenze e Doping", ha inserito tra le "regole" di salute, il suggerimento di circoscrivere nell'ambiente di vita una zona "smartphone free" per ritagliarsi del tempo da dedicare ad altre attività, disconnettendosi dallo smartphone e spegnendo la sua luce blu.

Non c'è dubbio sul fatto che gli operatori sanitari e i decisori politici dovrebbero riconoscere il problema e adottare le misure necessarie per aumentare la consapevolezza della comunità sulla dipendenza dagli smartphone e sul suo impatto fisico e mentale, un fenomeno che, in Spagna, il governo di Pedro Sánchez - sollecitato da uno dei tanti studi - sta considerando come un «problema di salute

pubblica». Lo spazio che occupa nel decalogo dell'Iss fa ben sperare che gli operatori sanitari e i decisori politici mettano in campo le misure necessarie per affrontarlo in modo appropriato. Gli smartphone sono diventati parte integrante della nostra vita quotidiana, facilitando il lavoro, l'istruzione o l'intrattenimento. Ma occorre sfruttare i vantaggi, riducendo le conseguenze negative per la salute, sulla base, beninteso, di una definizione convalidata e di criteri diagnostici coerenti. —



Dispositivi medici, l'allarme delle aziende sui rimborsi allo Stato

Estor e B.Brown: il payback può farci chiudere

di **Sara Tirrito**

«Sviluppiamo tecnologie che salvano la vita, ma siamo condannati all'estinzione». È deluso Mattia Bellaviti, amministratore delegato di Estor, azienda di macchinari per le terapie extracorporee con sede a Pero, provincia di Milano. Come molti nel settore dei dispositivi medici si sente escluso dalla legge di Bilancio, che non ha cancellato il payback sanitario. Introdotto nel 2015 e in vigore dal 2022, il sistema stabilisce che le imprese di dispositivi per ospedali rimborsino allo Stato il 50% del debito contratto dalle

Regioni sul tetto di spesa previsto dal Fondo sanitario nazionale per i macchinari (il 4,4% del totale). Per Estor, il saldo produrrebbe una perdita di esercizio tra 500 mila euro e 1,3 milioni. «Abbiamo un utile netto annuo di 200 mila euro – dice Bellaviti –, se ci costringeranno a pagare smetteremo di esistere».

La società distribuisce filtri avanzati per l'emodialisi e fabbrica apparecchi per la respirazione: «Durante il Covid il nostro dispositivo, brevettato e realizzato in Italia, era in esaurimento scorte, oggi per fortuna se ne vendono meno ma nelle terapie intensive permette ancora di tornare a casa sulle proprie gambe».

Nata 20 anni fa in Italia come spin-off di Sanofi, l'azien-

da rifornisce 300 ospedali, ha 40 dipendenti e un fatturato annuo di 12,5 milioni. Nei mesi scorsi ha chiesto un affidamento ma la banca lo ha negato: «Ci reputa meno affidabili perché soggetti a payback». La norma è retroattiva e si applica per trienni.

Prima di ripianare i conti, le imprese hanno presentato 1.800 ricorsi e, anche se a fine luglio la Consulta ha ritenuto legittimi i rimborsi per gli sforamenti dal 2015 al 2018, molti sperano in una decisione del Tar che arriverà a febbraio. Nel frattempo, chi può sta accantonando. È il caso di B.Braun, multinazionale di bisturi, sacche per stomizzati e altri dispositivi. Aperta 102 anni fa in Italia, ha 700 dipendenti e 300 milioni di ricavi al 2023. «Pagare per noi signifi-

ca rinunciare a crescere – spiega l'amministratore delegato Oliviero Pelosini –. Dal 2019 investiamo meno in ricerca e sviluppo per far fronte ai rimborsi».

L'industria dei dispositivi sanitari in Italia ha un giro d'affari di 18 miliardi, con 4.600 imprese e 177.600 dipendenti. «Questo capitolo non può chiudersi con la manovra – dice il presidente di Confindustria dispositivi medici Nicola Barni –, il payback mette a rischio migliaia di lavoratori e i macchinari negli ospedali».



Nicola Barni, 48 anni,
presidente di
Confindustria dispositivi
medici da dicembre '23



6 gen
2025

AZIENDE E REGIONI

S
24

Manovra 2025/ Assofarm: servono norme chiare sul passaggio alla ricetta elettronica

“Il passaggio alla ricetta elettronica, previsto per il 1 gennaio di quest’anno dalla legge di Bilancio 2025, è un obiettivo da realizzarsi in tempi brevissimi, ma al tempo stesso dobbiamo assicurare la stabilità del processo dispensativo del farmaco nel lasso di tempo in cui c’è la prescrizione di legge ma non le regole tecniche per applicarla”. Lo afferma Luca Pieri, presidente di Assofarm, la Federazione nazionale delle farmacie comunali, secondo cui la piena applicabilità di quanto contenuto nella recente Legge di Bilancio “potrà avvenire solo dopo che ministeri competenti e Regioni avranno emanato disposizioni che indichino la corretta applicazione delle norme”. “Dobbiamo affrontare con pragmatismo questo grande periodo di riforme - continua Pieri - vivendo con impegno i passaggi talvolta faticosi e non sempre lineari che trasformano i programmi in realtà. Il tutto senza mai venire meno ai nostri doveri quotidiani nei confronti dei cittadini”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

6 gen
2025

IN PARLAMENTO

S
24

La sfida delle maculopatie: un appello alla prevenzione e all'investimento nella salute visiva

di Matteo Rosso* e Giovanni Satta*

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'incidenza del diabete stanno trasformando le maculopatie in una delle più pressanti sfide per i sistemi sanitari di tutto il mondo. In Italia, la situazione è particolarmente preoccupante: si stima che entro il 2040 il numero di persone affette da queste patologie croniche potrebbe raddoppiare, dai 500mila casi attuali ad un milione, con un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti e sui costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Le più diffuse sono la degenerazione maculare legata all'età (AMD), di cui la forma neovascolare o 'umida' (nAMD) rappresenta quella più avanzata, e l'edema maculare diabetico (DME).



Le maculopatie non sono solo un problema medico, ma rappresentano un onere economico considerevole. Il costo complessivo per l'assistenza di un singolo paziente può superare i 60.000 euro nel corso della vita, secondo un report Altems, e quasi due terzi di questo valore sono costi sociali. Il dato sottolinea l'urgenza di intervenire con strategie efficaci per la prevenzione e la diagnosi precoce, il controllo della disabilità e l'accesso equo alle terapie esistenti. Studi dimostrano che con un percorso di prevenzione, diagnosi precoce e follow-up adeguato, è possibile ridurre significativamente i costi e

migliorare la qualità di vita dei pazienti. Investire in screening regolari, in particolare per le persone a rischio, e in percorsi assistenziali integrati può portare a un risparmio di oltre il 33% per il SSN.

L'Intergruppo parlamentare "Prevenzione e Cura delle Malattie Oculari" sta lavorando attivamente per accelerare l'iter del DDL 483, una legge fondamentale per garantire una migliore tutela ai pazienti affetti da patologie oculari cronico-degenerative. Inoltre, si auspica un aggiornamento della Nota AIFA 98 per semplificare l'accesso ai farmaci innovativi per la cura della maculopatia.

La collaborazione tra istituzioni, società scientifiche, associazioni di pazienti e cittadini è fondamentale per sensibilizzare l'opinione pubblica e promuovere l'adozione di misure concrete per contrastare la diffusione delle maculopatie, migliorarne la conoscenza nella popolazione e attivare percorsi territoriali per la diagnosi e il trattamento.

Le associazioni di pazienti Associazione Comitato Macula, Associazione Pazienti Malattie Oculari (APMO), Retina Italia ODV hanno di recente lavorato ad un Position Paper che riassume i bisogni insoddisfatti da portare all'attenzione delle istituzioni formulando delle soluzioni possibili:

Cronicità - Inserire le maculopatie nell'elenco delle malattie croniche del Piano Nazionale Cronicità

Diagnosi precoce - Favorire l'accesso alla diagnosi precoce attraverso metodologie riconosciute di autoanalisi e screening della popolazione a rischio

Ottimizzazione dei percorsi di cura - Assicurare il pieno accesso alle cure e ai trattamenti, uniformando i percorsi e i setting di cura

Informazione - Promuovere campagne di informazione per aumentare l'alfabetizzazione e la conoscenza delle maculopatie

Consapevolezza del paziente - Favorire la comprensione della condizione di cronicità, dell'importanza dell'aderenza al piano di cura e dell'alleanza medico-paziente. Le maculopatie rappresentano una sfida complessa che richiede un approccio multidisciplinare e una forte sinergia tra tutti gli attori coinvolti. Investire nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nella ricerca è un atto di responsabilità verso le generazioni presenti e future.

**Presidenti Intergruppo Parlamentare "Prevenzione e Cura delle Malattie Oculari"*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità in crisi Alle 19 nel reparto d'emergenza dell'Umberto I c'erano 158 malati, in quello del Gemelli 150, a Tor Vergata 134

San Giovanni, interventi bloccati

Nel pronto soccorso 40 pazienti in attesa di un letto: l'ospedale rinvia le operazioni non urgenti

di **Valeria Costantini**

Quaranta pazienti in attesa di un letto al pronto soccorso e al San Giovanni vengono sospesi gli interventi non urgenti. Blocco delle sale operatorie ieri al nosocomio romano, pressato dall'eccesso di malati nel reparto emergenze. Lo ha certificato ai reparti una comunicazione uff-

ciale della direzione medica, provvedimento necessario per affrontare i traumi più gravi. L'ennesima giornata di forte stress per la rete ospedaliera della Capitale, con numeri record di pazienti in attesa. Le cifre più alte al Policlinico Umberto I con ben 158 malati da gestire in serata:

nessa anche al Gemelli con 150 cittadini da visitare o trattare, 134 quelli invece a Tor Vergata. **a pagina 2**

La sanità in crisi

«Stop operazioni per avere letti liberi»

Il pronto soccorso del San Giovanni super affollato: rinviati gli interventi programmati non urgenti. Alle 19 al Gemelli 150 pazienti in attesa, lunghe code anche al Policlinico Umberto I e al Sant'Andrea

Quaranta pazienti in attesa di un posto letto al pronto soccorso e al San Giovanni scatta il blocco delle sale operatorie. Solo interventi chirurgici urgenti da ieri nell'ospedale a causa del superaffollamento del Dea, il Dipartimento di emergenza. L'ennesima giornata di disagi per i nosocomi romani, presi d'assalto negli ultimi giorni festivi, con record di affluenze e quindi «code» eterne di pazienti in attesa, parcheggiati sulle balle.

Troppi i degenti ieri pomeriggio al San Giovanni, una situazione che ha portato alla sospensione delle operazioni programmate. L'emergenza l'ha certificata ai reparti alle 18 una comunicazione ufficiale della direttrice medica dell'ospedale, Paola Masala: «In considerazione della presenza di 40 pazienti in attesa di posto letto in pronto soccorso, sentita anche la direzione strategica, si blocca fino a nuova comunicazione l'attività chirurgica elettiva ad eccezione della patologica oncologica e delle urgenze chirurgiche». In sintesi, uno stop per le sale operatorie, rimandati

tutti gli interventi «elettivi», ovvero già programmati ma rinviabili, per poter riuscire a gestire i malati in arrivo dalle stanze dell'iper affollato pronto soccorso. Un blocco iniziato ieri sera al culmine di una giornata di grande stress per la rete ospedaliera regionale, già pesantemente provata nei giorni scorsi con diversi «alert» rossi, ossia un aumento vertiginoso di pazienti da gestire, come racconta da sola la tabella degli «Accessi in tempo reale» sul sito della Regione. Alle 19 si contavano ben 150 malati in attesa al Policlinico Gemelli (da distinguere in base al codice di accesso dal verde più lieve al rosso «gravissimo»). Ma il record assoluto della giornata spetta all'Umberto I con 48 degenti ancora da visitare e 61 trattati (oltre a quelli trasferiti) per un totale di 158 casi. Quasi in 50 aspettavano tac o diagnosi anche al San Filippo Neri. Alte cifre anche al Sant'Andrea con ben 114 pazienti in pronto soccorso, di cui 19 da visitare, 31 in trattamento, 59 quelli in via di ricovero nei reparti. Numeri che poi si traducono in malati sofferenti

ma costretti a lunghissime attese, anche al Policlinico Tor Vergata, che in serata si è ritrovato a gestire 134 cittadini in coda, tra cui 24 ancora da visitare e 52 che i medici stavano trattando. Affollati anche il Policlinico Casilino con 105 degenti, 118 infine quelli in sosta al San Camillo. Un totale quindi di oltre 1.500 persone ieri sono rimaste per ore ed ore, forse anche un giorno intero, bloccati nella rete sanitaria della Capitale, solo nei territori delle Asl 1, 2 e 3. Ospedali di periferia o centrali, l'emergenza è stata generale. Accessi definiti sopra soglia, ovvero da considerarsi fuori norma, complici - senz'altro ma non solo - le festività, le ferie del personale e i picchi di influenza che stanno colpen-



do la popolazione. «Il Giubileo è appena iniziato e arrivare alla sospensione delle attività chirurgiche, per reperire posti letto, in uno degli ospedali più grandi e centrali di Roma, dimostra che le risorse pubbliche investite in questi due anni nell'acquisto di posti letto dalla sanità privata non hanno dato i risultati sbandierati - sottolineano i consiglieri

regionali del Pd Emanuela Droghei e Massimiliano Valeriani -. Vogliamo ricordare che parliamo di oltre cento milioni. Dopo mesi di proclami, troppi pazienti subiscono rinvii o lunghe attese. Il presidente Rocca deve cambiare rotta e presentare un piano credibile per uscire da questa crisi, garantendo cure adeguate e dignità alla sanità pubblica. È evidente che le scelte fatte finora vanno tutte riviste».

guate e dignità alla sanità pubblica. È evidente che le scelte fatte finora vanno tutte riviste».

Valeria Costantini

40

pazienti
in attesa
di un letto
al San Giovanni
Addolorata

158

i malati
in coda
al pronto
soccorso
dell'Umberto I

1.500

i cittadini
bloccati
nella rete
di emergenza
della Capitale

*foto Ansa
d'archivio sopra
letti nei corridoi)*
la direzione
ha deciso
di bloccare
gli interventi
chirurgici
programmati
per lasciare
letti liberi
ai malati che
affollavano
il pronto
soccorso



La vicenda

● Ieri oltre 1.500 malati hanno affollato il pronto soccorso dei più grandi ospedali della città: dal Policlinico Umberto I al Gemelli, dal San Camillo al San Giovanni

● In quest'ultimo ospedale (in

Un intervento di cardiocirurgia nel San Camillo (foto d'archivio)



MAGI (ORDINE)

«Catastrofe annunciata, mancano medici e infermieri»

di **Clarida Salvatori**

«Lo diciamo da anni, il problema è la carenza di medici. Questa è una catastrofe annunciata. E la decisione di bloccare gli interventi chirurgici di elezione per il sovraffollamento del Pronto soccorso è un forte campanello d'allarme»: è l'atto d'accusa

di Antonio Magi, il presidente dell'Ordine dei medici di Roma.

a pagina 2

L'intervista

Magi: «Catastrofe annunciata, mancano medici e infermieri. Bisogna investire sul personale»

di **Clarida Salvatori**

«Questa è una catastrofe annunciata. Noi lo abbiamo sempre detto. Mancano i medici. Ora non esiste altra priorità se non investire sul personale sanitario». Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici di Roma, ha pochi dubbi su quali siano le cause che hanno portato alla decisione della direzione dell'Azienda ospedaliera San Giovanni-Addolorata di interrompere le attività chirurgiche di elezione a causa del numero troppo elevato di pazienti in attesa di ricovero dopo il loro ingresso in pronto soccorso. «È evidente che questa situazione - prosegue Magi - vada interpretata come un campanello d'allarme forte».

Negli ospedali di Roma e del Lazio mancano i chirurghi?

«L'area chirurgica è certamente tra quelle più in crisi, considerando che è anche tra le specialità che comportano maggiori rischi. Ma la mancanza non è certo limitata a

questa specializzazione».

Si riferisce alla medicina d'urgenza?

«Quella della medicina d'urgenza-emergenza è la problematica per eccellenza. E, nonostante l'accordo siglato dalla Regione con le strutture private accreditate lo scorso anno, alla fine la carenza di posti letto per i ricoveri da pronto soccorso e la problematica organizzativa che ne consegue, arrivano a influenzare e avere effetti negativi persino le liste d'attesa per gli interventi chirurgici programmati. Che già di per sé sono lunghe».

Influiscono in qualche modo anche le problematiche rilevate nei giorni scorsi: vale a dire un gran numero di accessi, circa la metà, da ritenersi inappropriati a causa della chiusura degli studi dei medici di base e dei pediatri di libera scelta?

«In Italia il numero dei posti letto è tra i più bassi d'Eu-

ropa e molti sono occupati in modo inappropriato anche per queste ragioni. Lo ripeto ancora una volta: la causa principale è la carenza di personale nei reparti. Per questo andrebbe incentivata la medicina territoriale: una riforma che nella pratica non è mai partita».

Aiuterebbe davvero metterla in pratica?

«Di certo decongestionerebbero il pronto soccorso e gli ospedali in generale, e poi gestirebbero i casi meno gravi, come pure i malati cronici, di cui i reparti sono pieni. Questa è la fotografia di quello che accade oggi e che invece andrebbe affrontato con urgenza, prima che la fuga dei medici sia inarrestabile».

L'allarme. Arrivare a sospendere le operazioni di elezione è un campanello d'allarme forte



Le mani di Rocca sulle Asl laziali: i direttori li decide il suo factotum

La delibera Il governatore ha inserito il fedelissimo nella commissione che sceglie i vertici: doveva essere un "indipendente"

» Vincenzo Bisbiglia

ROMA

Può il direttore generale di una Regione, l'"ombra tecnica" del governatore, essere nominato in una commissione "indipendente" che ha il compito di valutare (e dunque decidere) i direttori delle Asl? C'è una possibile incompatibilità che agita in queste ore Francesco Rocca e mette a rischio la regolarità di uno dei passaggi più delicati del suo mandato nel Lazio, il rinnovo dei vertici delle aziende sanitarie. Parliamo di coloro che dovranno "governare" la sanità regionale di qui ai prossimi anni. Il presidente laziale, infatti, ha nominato una commissione di tre membri tra cui c'è Alessandro Ridolfi, suo fedelissimo prima in Croce Rossa e ora suo colonnello in Regione insieme al capo di Gabinetto Giuseppe Pisano.

La questione è tutt'altro che banale. La commissione di esperti, per legge, deve essere "indipendente", composta "da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche". Ha infatti il compito di valutare l'esperienza dirigenziale, i titoli formativi e dare un voto ai colloqui effettuati ai candidati, inviando poi una relazione al presidente della Regione, il quale prende atto e firma la nomina del migliore. Ma il rischio che, con il proprio direttore in commissione, il giudizio possa essere influenzato dal presidente, è abbastanza concreto. Per questo il dpr 445/200, agli articoli 46, 47 e 76, stabiliva l'assenza di "cause di incompatibilità e inconfiribilità" e di "conflitti di interesse, anche potenziali".

IL NOME DI RIDOLFI è quello di un altro componente, il dott. Andrea Piccioli, erano formalmente contenuti in una rosa di 13 esperti indicati il 14 ottobre 2024 da Rocco Bellantone, nominato presidente dell'Istituto Superiore di Sanità dall'attuale ministro Orazio Schillaci. Tra questi 13 poi Rocca ha scelto due nomi, tra cui, appunto, il suo direttore generale, lo stesso giorno - il 14 ottobre - in cui gli è arrivata la lista dall'Iss. La terza componente è Chiara Cacciavillani, indicata il 30 settembre 2024 dall'Agenas (Agenzia nazionale di servizi sanitari).

Ridolfi tra l'altro si è occupato di sanità certo, ma soprattutto dal punto di vista amministrativo: commercialista, è stato presidente del Cda di Croce Rossa, direttore generale di Agenas, direttore dipartimento in Regione Lazio ai tempi di Francesco Storace (2000-2005) e direttore amministrativo del gruppo Idi. Soprattutto oggi è formalmente il capo di Andrea Urbani, che è il direttore regionale della Sanità (l'assessore è lo stesso Rocca *ad interim*).

Il lavoro della commissione è già iniziato da un pezzo, non senza mal di pancia interni alla presidenza. E per il 7 gennaio è già convocata una seduta della Commissione regionale Sanità che dovrà esaminare gli schemi di decreto del presidente Rocca sulla nomina di ben 5 direttori generali, quelli delle Asl Roma 1, Roma 2, Roma 5 e Latina e quello dell'Ospedale San Gio-

vanni Addolorata, tra i più importanti della Capitale.

Gli schemi di decreto non sono ancora pubblici. Fonti qualificate del *Fatto* spiegano però che i cinque direttori indicati dal governatore Rocca non sono altri che gli attuali commissari straordinari nominati da Rocca a inizio mandato, i quali dunque riceverebbero i galloni dell'ufficialità: Giuseppe Quintavalle, Francesco Amato, Silvia Cavalli, Sabrina Cenciarelli e Maria Paola Corradi. Vedremo se le indiscrezioni saranno confermate.

Il Fatto ha contattato la Regione Lazio. L'entourage di Rocca però ribadisce la regolarità del percorso amministrativo seguito e rivendica il fatto che Ridolfi sia stato indicato nella rosa di nomi fornita dall'Istituto Superiore di Sanità. Dunque tecnicamente "è un componente esterno, come gli altri due", viene spiegato. Non solo. Dalla Regione fanno notare che la precedente amministrazione, guidata dal dem Nicola Zingaretti, aveva inserito in commissione Massimo Annicchiarico, che all'epoca svolgeva il ruolo di direttore della Direzione regionale Salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'assist del Iss Il nome del dg Ridolfi in "rosa" tra i 13 di Bellantone
Lo staff del presidente: "No incompatibilità"



CATANIA, PARLA IL PEDIATRA

«Io, picchiato,
torno in reparto»di **Lara Sirignano**
a pagina 20

«Schiaffi e calci Il sistema non regge E noi medici siamo le prime vittime»

Catania, il pediatra aggredito: persa la fiducia

di **Lara Sirignano**

Dopo l'aggressione ha pensato di mollare e prendersi una pausa dal lavoro. A fargli cambiare idea, però, sono stati i suoi studenti. Così Piero Pavone, 53 anni, pediatra del Policlinico di Catania e professore universitario picchiato insieme con un collega, venerdì scorso, da uno sconosciuto poi fuggito via, è tornato in ospedale e ha ripreso la sua vita. Come si sente ora?

«Ho vissuto un'esperienza che non auguro a nessuno, tanto da aver pensato di prendermi un anno sabbatico. Ma sono stato davvero travolto dalla solidarietà di tanti, specie dei miei studenti. È stata davvero una inattesa ondata di affetto che mi ha dato la forza di rimettere il camice e torna-

re in reparto, nonostante sia ancora in malattia. Non dimenticherò mai le parole dei miei ragazzi. Mi hanno detto: "Siamo con lei, non gliela dia vinta". Davvero, è stato molto bello».

L'aggressione subita da lei e dal suo collega Pierluigi Smilari va ad allungare l'interminabile lista degli episodi violenti che hanno come protagonisti i medici. E pensare che solo qualche anno fa, in epoca di Covid, venivate definiti eroi...

«Sì, è vero. Ora invece veniamo additati come nemici. Non c'è nessun rispetto verso la nostra categoria, non si tiene conto del fatto che lavoriamo tra enormi difficoltà e che ce la mettiamo tutta. E poi non siamo per nulla tutelati».

In molti ospedali ci sono servizi di vigilanza. Nessuno è intervenuto durante l'aggressione?

«Non c'era nessuno. E non penso fosse un caso. Anni fa il

padre di un paziente mi ha puntato contro una pistola. Un attimo prima c'erano le guardie giurate e decine di persone, a un tratto erano spariti tutti. Lo stesso è accaduto questa volta. Mi viene da pensare che non sia stato un caso. Penso che ci fosse la percezione di quel che stava per accadere e che siamo stati lasciati soli».

Come spiega questo ripetersi quasi quotidiano di aggressioni ai medici?

«C'è qualcosa che non funziona, è evidente. Io sono il primo a dire che la sanità arranca e che a volte le persone



si scontrano con lunghe attese o disservizi, ma noi diamo l'anima e spesso siamo i primi a subire le conseguenze delle inefficienze del sistema. Io passo più tempo in ospedale che con i miei figli e certo non lo faccio per denaro. La verità è che manca l'umanità, la comprensione delle nostre difficoltà, perciò assistiamo a reazioni del genere. E poi c'è il problema della pena: perché se passa il messaggio che se prendo a pugni un medico me la cavo con poco, la violenza certo non si arresterà».

Con quale spirito lavorate in queste condizioni?

«Ovviamente si lavora male e con una perenne sensazione di insicurezza. Infatti non a caso c'è la corsa al privato. Ho passato 11 anni al pronto soc-

corso pediatrico e davvero, alla fine, parlare di *burnout* non è un'esagerazione. Poi si continua per amore della professione, ma tra le denunce continue e le aggressioni è dura. Le sembra normale, ad esempio, che in caso di esposti e dopo processi che spesso durano anni, se veniamo assolti nessuno ci risarcisce? Nemmeno le spese legali ci vengono rimborsate».

Che cosa è accaduto venerdì scorso?

«Ero davanti all'ingresso del reparto, dentro l'ospedale, quando ho visto il collega discutere con un ragazzo che avevo già notato e che mi aveva apostrofato in malo modo perché l'avevo guardato. Era con un coetaneo e il padre di una paziente ricoverata a cui il

giorno prima era stato chiesto di rispettare gli orari di visita. A un tratto il giovane ha cominciato a picchiare il collega dandogli dei pugni in faccia e quando era a terra l'ha colpito a calci. Sono corso ad aiutarlo e sono stato investito da schiaffi in viso e calci nella schiena. Mi sono rialzato e sono corso verso il padre della paziente urlandogli e lui l'ha fatto smettere. Intorno c'erano persone terrorizzate, bambini che piangevano. Il collega era una maschera di sangue: ha commozioni cerebrali e un trauma facciale».

Che impressione le ha fatto tornare al lavoro?

«Mi sento insicuro. È come quando si subisce una rapina in casa. Non si è più tranquilli. Si perde la fiducia. Ho sempre

sognato di finire sui giornali per qualche scoperta scientifica e ora mi ritrovo intervistato per aver subito un'aggressione. Non era certo quel che avrei voluto».



Medico Piero Pavone, 53 anni

Al lavoro in malattia
Volevo lasciare per un anno, l'ondata di affetto di studenti e colleghi mi ha spinto a non mollare

Senza tutele
Ora mi sento insicuro
È come quando si subisce una rapina in casa
Non si è più tranquilli

